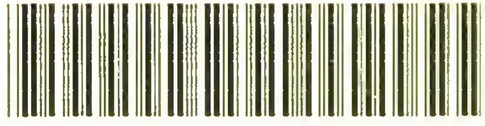
Dr OSCAR JENNINGS

LA GUÉRISON DE LA Morphinomanie sans souffrance

TRADUCTION ALBERT BALL

PARIS

A. MALOINE ÉDITEUR


22200162497

Med
K38433

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b2806558x

LA GUÉRISON

DE LA MORPHINOMANIE

SANS SOUFFRANCE

DU MÊME AUTEUR

- Comparaison des Effets des Divers Traitements dans l'Hystérie. Paris, 1878.
- On the Sudden Discontinuance of Hypodermic Injections of Morphia after Protracted Use. Note in the *Lancet*, 1879.
- On the Treatment of Aortic Aneurism by Galvano-Puncture. Note in *Guy's Hospital Gazette*.
- Sur la Méthode de Sayre. La *Tribune Médicale*, 1880.
- Sur le Traitement des Maladies de la Colonne Vertébrale par l'application des Corsets Platres. Paris, O. Berthier, 1880.
- Du Diagnostic des Maladies de la Moelle Épinière. Volume de 107 pages, avec 11 grav. dans le texte et une planche en Chromolithographie. Traduit de l'Anglais du Professeur W. R. Gowers. Berthier, 1882.
- Sur l'Emploi de la Pilocarpine dans l'Ataxie Locomotrice, in l'*Encéphale*, 1882.
- Du Traitement Méthodique de la Neurasthénie et de quelques formes d'Hystérie. Vol. de 173 pages. Traduit de l'Anglais du Professeur Weir-Mitchell, avec une Introduction par M. le Professeur Ball O. Berthier, 1883.
- Sur un Nouveau Mode de Traitement de la Morphinomanie. *Encéphale*, 1887.
- Des Modifications du Pouls dans la Morphinomanie, par MM. B. Ball et Oscar Jennings. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, 1887.
- Considérations sur le traitement ds la Morphinomanie, par MM. B. Ball et Oscar Jennings. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1887.
- De la Morphinomanie (Diagnostic, Traitement), vol. in-8, avec 22 tracés Sphygmographiques. Paris, J.-B. Baillière, 1887.
- On the Relief of the Morphia Craving by Sparteine and Nitro-Glycerine. *Lancet*, June 27, 1887.
- Antipyrin as an Anodyne. *Lancet*, December 10, 1887.
- La Pratique du Massage. Traduit de l'Anglais du Dr. W. Murrel. Paris, J. B. Baillière, 1888.
- Sur le Bain Turc. *Revue d'Hygiène Thérapeutique*. Nos. 1 et 2, 1889.
- Quelques Faits Nouveaux relatifs a la Valeur Thérapeutique de l'Exercice du Tricycle. *Revue d'Hygiène Thérapeutique*, No. 3, 1889.
- La Santé par le Tricycle. Paris. 1887. 3rd ed., pp. 193. 1889. Translated by Dr. Crosse Johnstone as 'Cycling and Health'. pp.301. 2nd ed.,1873. Iliffe. London.
- The Cure of the Morphia Habit. Pp. 112. London: Baillière, Tindall and Cox, 1890.
- De l'Emploi de la Vélocipédie comme Moyen Thérapeutique. *Semaine Médicale*, 1892.
- On Morphinomania. Cont. to *Medical Annual*, 1894.
- The Remedial Value of Cycling. *Medical Annual*. 1896.
- On the Physiological Cure of the Morphia Habit. *Lancet*, August 10th, 1901.

LA GUÉRISON
DE LA
MORPHINOMANIE
sans souffrance

PAR

Le Dr Oscar JENNINGS

Traduit de l'anglais

PAR M. ALBERT BALL

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1902

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. welMOmec
Call
No. WM

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION

Le traitement que nous préconisons dans la présente édition est dans son essence le même que celui que nous recommandions déjà il y a dix ans ; il est, en effet, toujours basé sur le soulagement de l'état de besoin, que l'on obtient en empêchant ou en prévenant les différents facteurs qui en sont la cause.

Afin, cependant, de le rendre plus compréhensible au lecteur, il nous a paru judicieux d'apporter plusieurs changements dans notre exposé ; quelques chapitres ont été entièrement refondus, et d'autres intervertis dans leur ordre. En outre, un certain nombre d'observations explicatives ont été ajoutées, pour montrer, mieux encore, les difficultés et les résultats du traitement.

On pourrait objecter que plusieurs de ces cas sont rapportés sous forme de lettres

dont quelques-unes contiennent des expressions de satisfaction que l'on supprime ordinairement dans des livres sérieux.

Il faut cependant se rappeler que le seul but de ce livre est de prouver qu'on peut sevrer un malade de la morphine sans souffrances; si l'on examine cette question d'une façon impartiale, on reconnaîtra que le rapport du médecin traitant a bien moins d'intérêt dans l'espèce que la relation du malade.

A-t-il, oui ou non, souffert de ce terrible besoin tellement redouté de ceux qui le connaissent ? C'est le malade seul qui peut le dire et quand, comme c'est ici le cas, le malade est en même temps médecin, ses lettres constituent dans leur ensemble la meilleure des observations médicales.

Il est un autre point sur lequel nous voudrions attirer l'attention : c'est la modification du titre par l'adjonction des mots : « sans souffrance », modification autorisée par la décroissance constante et continue des malaises, résultat dû à l'attention toujours plus grande apportée aux indications qui conseillent telle ou telle modification du traitement.

Enfin, l'adoption dans le sous-titre du mot « physiologique » que nous employons ici pour la première fois, mais dont se servent couramment les auteurs français pour

désigner nos méthodes. Pichon, le premier, et après lui les docteurs Guimbail, Chambard, et Rodet, ont appliqué ce terme au traitement du besoin par les toniques du cœur, ce qui n'est en réalité qu'un seul des éléments de notre traitement. Les autres moyens qui le composent étant également « physiologiques » (1), c'est-à-dire répondant aux indications naturelles définies du traitement, nous retiendrons cette expression et nous nous permettrons de l'étendre dorénavant à notre méthode tout entière.

Paris, 1er septembre 1901.

O. J.

(1) Les comptes-rendus de « the American Association for the Study and cure of Inebriety and narcotic Addiction » disent, parmi plusieurs appréciations favorables de nos méthodes : « Les observations des docteurs Ball et Jennings de Paris, sur les tracés sphygmographiques des pouls des morphinomanes, nous semblent avoir posé la base *physiologique* d'un système rationnel de traitement. »

INTRODUCTION

C'est dans le service, et avec la bienveillante collaboration du professeur Ball que nous avons commencé à nous occuper de la morphinomanie.

Notre maître ayant disparu trop tôt, nous avons dû continuer seul nos études et sommes arrivé à une méthode de traitement qui nous est absolument personnelle. Nous sommes heureux d'avoir pu confier la traduction française à notre ami M. Albert Ball, le fils de notre regretté maître.

Il nous semble utile d'écrire quelques mots d'introduction spéciale. Le but de ce livre est de faire connaître plus exactement une méthode particulière, qui a donné entre nos mains, depuis 15 ans, des résultats de plus en plus satisfaisants, mais qui est toujours décrite d'une façon inexacte et imparfaite dans les ouvrages qui traitent de la morphinomanie.

Pour les uns, nous sommes simplement

les défenseurs de la progression lente, par opposition à la méthode rapide. Pour les autres, notre traitement consiste en l'administration des toniques cardiaques. D'autres encore ne connaissent évidemment que notre premier mémoire sur cette question et nous représentent comme nous fiant absolument aux stimulations physiques substitutives, électricité, massage, vibrations.

Ces erreurs et omissions sont dues à ce fait que nos recherches ont été publiées à diverses reprises et dans différentes publications : elles se sont par conséquent trouvées ensevelies dans des recueils et des annuaires de thérapeutique à moitié oubliés ; mais nous proposant aujourd'hui de faire connaître notre traitement d'une façon définitive, nous croyons bon d'en résumer les grandes lignes et de faire remarquer tout particulièrement :

1° Que ce traitement ne consiste pas seulement en une diminution lente, la durée de la progression n'étant qu'une des conditions, et variant selon l'équation personnelle du patient. Un malade, par exemple, pour échapper à toute souffrance, mettra huit ou dix semaines, tandis qu'un autre, désireux d'être guéri beaucoup plus rapidement, se résignera à supporter quelques malaises, sachant que s'ils deviennent trop pénibles, nous consentirons immédiatement à ralentir la suppres-

sion au point voulu pour les faire disparaître.

2° Qu'en dehors d'une réduction suffisamment lente pour assurer avec les autres moyens employés, la suppression de toute souffrance, un des points importants est la substitution d'injections rectales à doses progressivement croissantes, aux injections hypodermiques décroissantes. Cette substitution est toujours nécessaire lorsque le patient est descendu à 10 ou 12 centigr. environ, chiffre auquel nous avons donné le nom de *coefficient vital de la morphine*.

3° Que, quels que soient les autres moyens de traitement employés, découlant d'indications thérapeutiques particulières, nous employons toujours, sauf impossibilité pour le malade à supporter l'un ou l'autre de ces moyens, certaines médications pour prévenir l'état de besoin. L'expérience nous a démontré que le besoin est augmenté par la défaillance du cœur, par l'hyperacidité stomacale et générale et par la faiblesse irritable ou irritabilité nerveuse, et qu'on peut le réduire à un minimum par les remèdes appropriés à ces états ; c'est-à-dire les toniques du cœur, le bicarbonate de soude et le bain d'air chaud.

4° Qu'il est de la plus haute importance

d'observer un régime extrêmement sobre et non alcoolique.

Tel est notre traitement, qui, nous en avons la conviction absolue, donnera à tous ceux qui l'emploieront méthodiquement, les mêmes résultats satisfaisants qu'à nous-même. La grande difficulté cependant sera de faire observer par le patient toutes les conditions. Il faut se rappeler que les morphinomanes n'ont pas encore l'habitude de l'obéissance passive, et qu'ils sont en outre bien souvent des hystériques, ce qui rend le succès encore plus problématique. La tâche du médecin sera grandement facilitée s'il réussit à gagner la confiance du malade : dans le cas contraire, il rencontrera à chaque instant des difficultés nouvelles et inattendues.

Nous avons, croyons-nous, nettement démontré qu'il est possible de guérir un morphinomane sans souffrance, et que le degré des malaises qu'il éprouve dépend entièrement de son indocilité. Il est donc bien évident que nous condamnons d'une façon presque absolue la méthode dite « rapide », comme on le verra au cours de cet ouvrage. C'est une méthode de douleurs et de tortures : à l'heure actuelle, elle est même abandonnée par son auteur. Ceux qui s'en servent encore en France admettent qu'il faut, compris la convalescence, deux mois

de claustration et de repos pour se remettre du choc et de la prostration qui s'ensuit. Les huit ou dix jours d'angoisses avec syncopes répétées et menaces de collapsus, dans la chambre capitonnée, et quelquefois avec la camisole de force, ne mettent pas le malade à l'abri de récidives ou rechutes, même pendant la période de convalescence. Ces accidents sont sûrement dus au traitement, car nous ne les avons jamais constatés. La convalescence allant ici de pair avec la réduction, et le patient étant prêt à retourner parmi les siens, dès qu'il peut se passer de morphine.

Notre méthode n'exige pas de séquestration. Chaque pas en avant est gagné non par la contrainte, mais par la libre volonté du malade. Elle constitue par conséquent une *rééducation de la volonté*. C'est la meilleure des garanties contre les rechutes. La séquestration laisse chez ces malades une sorte de suggestion latente ; il leur semble impossible de résister seuls aux besoins de retour qui, de l'aveu même de ceux qui prônent cette méthode, se produisent sûrement.

Les partisans de la méthode « rapide » ont dit que la méthode contraire rendait plus probables ces récidives de besoins : c'est une erreur, non seulement de fait, mais

aussi d'interprétation, comme nous le démontrerons plus loin.

Il y a toujours pour l'ex-morphinomane un danger de rechute, et il en sera toujours ainsi tant qu'il n'aura pas compris qu'il ne peut s'attendre à effacer, pas plus qu'un ex-alcoolique ou un ex-goutteux, toutes les conséquences de l'habitude passée. Pour des raisons particulières, que nous exposons dans cet ouvrage, il y a moins de danger de retour du besoin et par conséquent de rechute chez ceux qui ont été guéris par notre méthode, car il est en leur pouvoir de prévenir ce retour s'ils veulent s'en donner la peine, et d'y porter remède dans le cas où il proviendrait de quelque imprudence.

A une personne sérieusement désireuse de guérir, la méthode lente associée aux moyens décrits plus loin d'atténuer le besoin est la seule qu'on puisse recommander. La méthode dite « rapide » nous semble devoir être réservée aux morphinomanes atteints en même temps de véritable aliénation mentale.

M. le professeur Joffroy a fait tout récemment une communication à la Société Médico-Psychologique sur un cas de morphinomanie très grave guéri *non seulement sans souffrances* mais aussi *à l'insu de la malade.* Il va de soi qu'en présence de tels résultats, M. le professeur Joffroy condamne absolument la méthode rapide avec chambres capitonnées, qui expose le malade aux syncopes, au collapsus, et

même à la mort. « Il est certain qu'on en meurt, « nous disait encore M. Joffroy, mais les accidents de « ce genre ne sont pas rapportés. »

Nous sommes heureux de constater que le savant médecin de Sainte-Anne est d'accord avec nous pour poser en principe : 1° que la morphine peut être supprimée absolument sans souffrance ; 2° que le médecin n'a pas le droit d'infliger aux morphinomanes des souffrances qui pourraient leur être évitées.

NOTE DU TRADUCTEUR

Le docteur Jennings a bien voulu me prier de traduire en français son livre sur la guérison de la morphinomanie sans souffrance dont l'édition anglaise a eu un grand succès.

J'ai cherché à être un traducteur non littéraire mais fidèle, et ai suivi d'aussi près que possible les observations et les idées originales et intéressantes du docteur Jennings. J'ai donc fait œuvre exclusive de traducteur et je lui laisse tout l'honneur et toute la responsabilité de celles-ci.

Albert Ball.

DE LA

GUÉRISON SANS SOUFFRANCE

DE LA MORPHINOMANIE

CHAPITRE PREMIER

En 1890, nous avons publié un petit livre sur la guérison de la morphinomanie, dans lequel nous avons indiqué les différents modes de traitement qui nous ont permis de détourner de leur penchant un nombre considérable de morphinomanes, avec un minimum de gène et de souffrances.

Nous n'avons pas d'hésitations à déclarer, ce qui pourra sembler singulier, qu'avant ces méthodes, il n'y avait pas de traitement rationnel du besoin, de la soif de la morphine, basé sur des indications thérapeutiques. Il n'y avait, en fait, pas du tout de traitement de cette soif, ce qui revient à dire qu'il n'y avait pas de traitement systématique de la maladie.

Les soi-disant « méthodes » décrites par les auteurs contemporains consistaient à

supprimer la morphine d'un seul coup, ou lentement, ou encore à moitié brusquement, mais le résultat final était toujours un échec. Quelques-uns de ceux qui s'y soumirent, cependant, furent parfois, cela est certain, guéris pour quelque temps après d'indescriptibles souffrances, quand ils ne se suicidèrent pas (Levinstein), ou ne moururent pas subitement (Clifford Allbutt).

Mais l'ignorance, ou plutôt l'indifférence que l'on apportait aux moyens d'atténuer le besoin de la morphine, s'étendait à la manière de prévenir les accidents susceptibles de survenir chez les malades abandonnés à eux-mêmes, après sa suppression ; aussi, neuf fois sur dix, la suppression était-elle passagère et suivie d'une prompte rechute.

Nous voulons dire, dès maintenant, car nous avons depuis longtemps cessé d'en faire un secret, que nos premières observations furent faites sur nous-même. Les seuls traitements alors connus étant les « méthodes » indiquées plus haut, nous avons cherché à dissocier les différents facteurs de l'état misérable que l'on nomme « le besoin, la soif de la morphine » et à découvrir en eux quelque indication de traitement. Il devint bientôt évident pour nous qu'il était absurde d'appeler « méthode » une tentative de suppression lente ou brusque. L'élément *temps* est simplement une des conditions du

traitement, et la véritable question, celle sur laquelle repose toute la conduite de la suppression, est la recherche de la possibilité d'atténuer le besoin et de le rendre supportable.

Après avoir, comme nous l'avons dit, analysé ce besoin, et cherché ce que, dans un autre cas, l'on appellerait « indications de traitement », nous trouvions que ce n'était pas, comme on l'avait admis jusqu'ici, une entité indivisible, mais qu'on pouvait le regarder comme la résultante de la réunion de nombreux malaises, et capable d'être partagé en facteurs susceptibles d'un soulagement complet ou partiel.

Nous remarquions aussi qu'avec des doses égales, et une habitude d'égale durée, les malaises accusés par divers malades différaient beaucoup comme violence, et que le besoin augmentait chaque fois que l'on commettait une de ces erreurs ou de ces imprudences qui sont habituelles aux morphinomanes. Mais, d'autre part, il résulte clairement que tout cela pourrait être prévenu à un degré remarquable, par une diététique fixe et des règles hygiéniques appropriées, ou combattu par de nombreux moyens.

On verra plus loin que tous les traitements que nous avons proposés dans ces quinze dernières annés, comme la consé-

quence de ces dernières observations, ont été confirmées par d'autres auteurs, et que les moyens que nous avons indiqués comme résultant d'indications thérapeutiques, sont généralement adoptés aujourd'hui par les médecins qui soignent les morphinomanes.

Quelques auteurs ont même été jusqu'à faire d'un seul de nos moyens une méthode complète. C'est ainsi que Pichon nous fait l'honneur de l'invention de la « Méthode physiologique », qui consiste uniquement en l'administration des toniques du cœur. Erlenmeyer, de même, a érigé en méthode, l'administration du bicarbonate de soude, destiné à neutraliser l'hyperacidité de l'estomac, il l'appelle « Démorphinisation chimique ». Mais, tout au contraire de Pichon, il s'approprie cette idée, bien que, comme on le verra plus loin, nous ayons appelé sans cesse l'attention sur ce traitement depuis nos premières publications, et que nous avons presque été fatigué d'écrire sur ce sujet, avant même qu'il n'y eût pensé. L'on a proposé aussi, récemment, de faire du seul bain turc un traitement complet, mais nous nous contenterons seulement, pour le moment, de mentionner le fait.

Il nous semble à peine nécessaire de faire remarquer que si chacun de ces trois plans, qui n'agit que sur une seule des causes des

accidents, a donné de bons résultats en d'autres mains, leur combinaison devra donner une plus grande certitude de succès.

Les plus importantes des causes du besoin, de la soif de la morphine, sont l'affaiblissement du cœur, l'hyperacidité, et l'irritabilité nerveuse ; en délivrant un malade de l'un ou l'autre de ces facteurs, on peut espérer une guérison, qui par ailleurs serait impossible. Mais l'on a beaucoup plus de chances d'arriver au but, sans souffrances, si l'on emploie simultanément les remèdes qui conviennent à chacun de ces états morbides ; l'on fait disparaître ainsi le besoin ou du moins on le calme, en agissant sur tous ses facteurs. Ceci rappelle la vieille fable des bâtons que l'on ne pouvait rompre tant qu'ils étaient réunis, mais dont l'on triomphait aisément dès qu'on les prenait l'un après l'autre.

La proportion dans laquelle on peut empêcher de souffrir par l'application judicieuse des principes que nous avons exposés, dépend non seulement du soin que l'on met à l'exécution ponctuelle et exacte du traitement, mais aussi des précautions que l'on prend pour éviter les accidents ou les imprudences qui ont pour résultat d'exagérer le besoin.

Nous pouvons d'ailleurs dire dès maintenant que nous avons eu de fréquentes oc-

casions, dans ces dix dernières années, de vérifier nos premières observations, et nous affirmons, sans crainte d'être contredit, que lorsque l'on suit intelligemment la ligne de conduite que nous avons indiquée, l'état de besoin de la morphine peut souvent disparaître entièrement, ou en tout cas s'atténuer à un point qui n'offre rien de comparable avec les autres traitements (1) et n'être plus un obstacle pour celui qui désire réellement vaincre sa passion.

Nous avons reconnu, par une longue pratique, que la plupart des malades que nos

(1) Comme exemple « d'échec » de notre traitement, nous citerons le cas d'un jeune homme que son médecin nous envoya, parce qu'il ne parvenait pas à un résultat satisfaisant. Le malade prenait de la spartéine, de l'eau de Vichy et des bains d'air chaud, aussi était-il censé suivre notre système ; mais il ne pouvait pas dépasser la période de l'injection rectale. Le seul résultat obtenu avait été la suppression de la seringue. Nous découvrîmes en le questionnant que, quoique sachant que par ce traitement l'on se proposait de diminuer l'acidité générale, il n'avait pas réfléchi qu'il y avait là une objection absolue à manger énormément aux repas, à boire plus encore dans leur intervalle, et à vider l'office, la nuit, de tout ce qu'il contenait. Il considérait ce régime comme le meilleur moyen de récupérer ses forces. Etait-ce de l'intempérance, ou un simple prétexte pour prendre de la morphine, nous ne le savons, mais comme il ne voulut rien changer à son genre de vie, nous refusâmes, bien entendu, de nous occuper de son traitement.

soins n'ont pu guérir étaient poussés à la rechute non par un impérieux besoin, mais par une simple impulsion morbide ; et nous affirmons sans hésiter que, pourvu que le malade se laisse protéger contre la tentation, l'habitude de la morphine pourra être abandonnée sans souffrances réelles ; l'insomnie, l'agitation et le malaise n'y dépasseront pas ceux que fait éprouver la suppression de tout autre stimulant.

CHAPITRE II (1)

Avant d'entreprendre la cure d'un morphinomane, on ne doit pas négliger de s'assurer si pareille tentative peut être faite sans danger.

Personnellement, nous croyons qu'il faut s'abstenir chez un malade qui, atteint de crises d'angine de poitrine, a demandé à la morphine un secours bientôt devenu une habitude.

Tout ce que l'on peut faire est de restreindre dans une mesure prudente la ration journalière, et cela même est très difficile. Nous fûmes consulté, en 1882, par une dame atteinte d'une angine de poitrine, d'un type purement fonctionnel, cela était évident. Nous prescrivîmes le nitrite d'amyle, qui donna de très bons résultats, les crises

(1) Les trois chapitres suivants sont tirés, avec quelques additions, de notre livre « Guérison de la morphinomanie », 1890.

étant invariablement arrêtées par son emploi. La malade quitta Paris, et les crises disparurent entièrement.

En 1888, durant une longue maladie que fit un de ses enfants, elle fut assez imprudente pour avoir recours à la morphine, afin de pouvoir supporter ses fatigues de garde-malade.

Au bout de huit mois, elle nous confessa ce qu'elle avait fait, et nous supplia de la sortir de peine. Nous débutâmes par 0,25 centigr. par jour, nous allâmes aussi vite qu'elle le put et que son cœur, de nouveau malade, nous le permit.

La spartéine et la digitale ne donnèrent aucun résultat, et le nitrite d'amyle avait perdu toute efficacité. L'extrait fluide de coca réussit assez bien pendant quelque temps, mais perdit bientôt aussi toute action.

Voulant malgré tout, pour l'amour de son mari et de ses enfants, triompher de son habitude néfaste, elle fut prise un jour, étant sortie et courant les magasins, d'une syncope qui dura deux heures, et qui fut, d'après le médecin qui lui donna ses soins, d'un très dangereux caractère. Comme les attaques devinrent de plus en plus fréquentes, nous proposâmes une consultation avec un autre spécialiste, qui conseilla les iodures et les bromures ; il fit de plus un

pronostic réservé quant à la guérison de la morphinomanie.

La prescription échoua, mais le pronostic était juste, et la malade est retombée depuis lors dans ses mauvaises habitudes.

Le professeur Ball, dans ses intéressantes leçons, rapporte un cas dans lequel la suppression de la morphine fut suivie de mort. Grâce à la spartéine, on avait triomphé de l'habitude sans trop de difficultés (quoique par la force), et la malade, supposée hors de danger, avait abandonné, quelques jours auparavant, l'emploi du tonique cardiaque.

Par un hasard singulier, nous avions pris nous-même, quelques mois plus tôt, quelques tracés de son pouls, et nous avions été un peu effrayé de l'effet sur la circulation d'une petite dose de trinitrine. La quantité donnée (deux gouttes d'une solution à un pour cent) avait baissé la tension artérielle à un point extrême et, en relatant ce cas dans *the Lancet*, (juin 1897) nous écrivions ceci : « L'hypodicrotisme nous rendit légèrement inquiet, quoique la malade, après une période de faiblesse et d'énervement, fût devenue tout à fait à son aise et pleine d'entrain. » Les événements qui suivirent montrèrent que nos craintes n'étaient pas sans fondements.

Il est également dangereux de supprimer la morphine chez un malade atteint de lésions valvulaires, cela ne vaut pas mieux

que les tentatives que l'on ferait au cours des affections douloureuses incurables. Nous fûmes un jour consulté par un juge qui, malgré la courte durée de son habitude (trois ans) et la quantité modérée de morphine qu'il prenait (0,20 centigr.), se trouvait déjà dans un état de cachexie avancée. Il croyait souffrir de rhumatismes, alors qu'en réalité il était atteint d'ataxie locomotrice.

Ayant tenté une légère diminution de cette dose, il avait eu une telle crise de douleurs, qu'il avait été obligé de revenir à la quantité primitive. Il nous écrivit d'excuser sa faiblesse, reconnaissant qu'il ne se sentait pas une force d'âme suffisante pour continuer, mais qu'il avait honte de venir, et d'exposer ainsi lui-même son manque de courage. Il n'avait en réalité, fléchi, que lorsque ses souffrances eurent dépassé toute endurance, et il valait certainement mieux retourner à la morphine que se suicider, comme le fit un de nos malades (1).

(1) Nous connaissons aussi un journaliste de grand talent qui commença par devenir un alcoolique invétéré, puis qui s'adonna plus tard à la cocaïne, et finalement à la morphine. Heureusement, les effets de la cocaïne furent si graves qu'il fut obligé de l'abandonner ; quelque temps après, il renonça aussi à la morphine. Mais il se rejeta immédiatement sur l'alcool, qu'il avait pris avec modération tant qu'il avait sacrifié à la morphine.

Supposons, cependant, que le candidat au traitement ne présente pas d'obstacles à la guérison. La première condition du succès est qu'il soit sérieusement et personnellement désireux d'échapper à l'esclavage.

Nous avons très peu de confiance en ceux qui n'ont cédé qu'à la pression de leurs parents ou de leurs amis. Non seulement le premier élément du succès leur fait défaut. mais encore ils élèvent généralement beaucoup de difficultés au sujet du second. qui consiste à se placer sans réserves entre les mains de leurs médecins, étant bien entendu qu'ils ne peuvent rien exiger et rien faire dans tout le cours du traitement qui n'ait été prescrit ou accordé par ces derniers. A l'exception d'un seul cas nous n'avons en effet jamais vu le traitement laissé à la merci du malade donner de bons résultats.

Ceci nous amène à la question de la *réclusion.* Beaucoup de spécialistes, surtout en France et en Allemagne, en sont les partisans résolus, et pour notre part, nous n'hésitâmes pas à la recommander dans quelques cas exceptionnels. Nous ne le ferons jamais, cependant, sans être tout à fait sûr que quelqu'un de réellement compétent en la matière a dirigé le traitement précédemment

Il est maintenant retourné à la morphine, et a renoncé définitivement à la boisson.

institué. Il y a encore, en effet, des médecins qui déclarent avec conviction que la morphinomanie est une simple perversion de l'âme, et que le malade peut rejeter seringue et solution s'il veut seulement en prendre la ferme résolution ; d'autres, également dogmatiques, affirment que cette habitude est incurable, et que s'en occuper est perdre son temps et sa peine. Nous croyons presque inutile de dire que nous ne tiendrions aucun compte de traitements antérieurs accomplis sous de tels auspices.

La principale raison qui s'oppose à la réclusion est, à notre avis, que notre but véritable n'est pas tant la suppression temporaire de la morphine que la guérison du désir qu'elle inspire, et le meilleur moyen d'obtenir ce résultat est de tenter la rééducation de la volonté endormie.

Ce doit, d'ailleurs, à notre avis, être une règle, que le malade s'éloigne du milieu dans lequel il s'est accoutumé à faire le tyran et consente avec résignation à être rationné et surveillé ; mais il gardera le droit de mettre, à tout moment, un terme à sa privation. Nous lui conseillons de se soumettre, sans contrainte, mais avec restriction. Il conserve la liberté de faire ce qui lui plaît, mais tant qu'il sera en traitement, il devra rendre compte de ce qu'il aura fait.

Nous ne voulons pas dire par ceci que le

malade pourra porter sur lui une provision illimitée de morphine, et en prendre à discrétion. Il n'aura, au contraire, pas de morphine, car le docteur donnera lui-même chaque dose ; mais il saura et se sentira certain, qu'il peut en avoir plus s'il le demande, et qu'il est libre, toutes les fois qu'il le voudra, de quitter la maison.

Outre cette raison contre la *cure coercitive*, sauf dans le cas d'opposition hystérique, il en est une autre de force plus grande encore : c'est que la séquestration assure rarement la fin immédiate sur laquelle on compte. Un morphinomane peut, de son propre mouvement, de sa libre volonté, abandonner la morphine, mais il a une complexion mentale si singulière, qu'après avoir accepté, ou même sollicité, la contrainte par force, il cherchera, si l'on consent à sa prière, à rendre cette contrainte complètement inutile. C'est un hystérique, dont on peut réveiller et rétablir les sentiments naturels, mais chez lequel la coercition ne fera qu'augmenter les symptômes morbides. Si, dans un asile, on le surveille comme dans une prison l'on surveille un condamné que l'on soupçonne désireux de se donner la mort, nul doute que l'on ne puisse toujours obtenir la suppression ; mais ceux-là même qui sont constamment en contact avec les morphinomanes hésiteront à ordonner une

trop rigoureuse surveillance vis-à-vis des malades qui, de leur propre volonté, se seront soumis au traitement, et qui peuvent dire, très justement d'ailleurs, qu'ils n'auraient probablement pas aliéné leur liberté, s'ils n'avaient pas ardemment désiré se guérir.

Dans les sanatoria et maisons particulières, qu'il y ait contrainte ou non, il y a trop de gens en traitement pour permettre des soins individuels, et cette promiscuité produit rarement entre les malades une émulation vers le bien.

Un morphinomane, dont l'analyse, faite par lui-même, de son propre cas, se trouve dans un article précédent, disait : « Je ne puis terminer ces quelques notes, sans déclarer que, pour réunir toutes les chances de guérir un morphinomane, on doit autant que possible le séparer de ceux qui souffrent du même mal. J'ai appris à mes dépens la sagesse de cette mesure. » C'est tout à fait notre opinion. Nous avons vu, en effet, plusieurs malades, soignés dans des maisons spéciales, conduits par d'autres pensionnaires au sens moral perverti à retourner à la morphine, à la veille du succès ; et cela, même dans des institutions modèles, telles que Schœnberg.

Nous nous sommes assez longuement étendu sur ce qui concerne l'entourage du ma-

lade, mais tout le succès du traitement dépend d'un bon commencement.

Il est inutile de commencer dans de mauvaises conditions, supposant que le début étant relativement facile, il sera temps de chercher un lieu de traitement favorable aussitôt que la réduction commencera à être difficile à supporter. Pour réussir, on doit observer les conditions nécessaires dès le début, et ne permettre aucune considération secondaire qui puisse les gêner. Si les moyens du malade ne permettent pas de remplir le programme, c'est autre chose, mais l'on ne peut tolérer qu'on s'en écarte par simple convenance, ou par économie inutile.

Deux voies se présentent alors, le traitement chez soi, et le traitement dans un établissement spécial. Si le malade est dans sa propre maison, il doit s'y considérer comme prisonnier, ne sortant qu'en compagnie d'une personne de confiance, et ne recevant ni lettres ni paquets qui n'aient été ouverts en présence de ceux qui le soignent. Un changement dans l'entourage cependant est préférable, car les morphinomanes sont généralement beaucoup plus raisonnables avec les étrangers qu'avec les membres de leur propre famille, qu'ils tyrannisent par habitude. La difficulté consiste à trouver un « home » approprié, où ne seront que quel-

ques malades de même nature: le moins serait le mieux.

La dernière condition, peut-être même la plus importante de toutes, est l'adoption d'une méthode sensée non seulement pour l'administration des doses décroissantes, mais aussi pour la conduite générale à tenir. Les morphinomanes sont essentiellement des impulsifs, et rien ne leur est plus désagréable que de régler leur vie avec méthode et modération. Mais il est absolument nécessaire qu'il en soit ainsi. La vraie difficulté de la cure n'est pas de conduire la progression de telle sorte que l'habitude se perde sans souffrances, mais de convaincre le malade que le traitement ne réussira que s'il se montre docile jusque dans les plus petites choses. Quoique, comme nous venons de le dire, rien ne déplaise plus aux morphinomanes que l'ordre et la méthode, ce sont cependant les conditions absolues du succès, et un grand pas est fait lorsque le malade en a acquis la conviction.

Beaucoup de malades consentiront sans peine au programme de réduction en ce qui concerne la quantité, mais lorsque l'on voudra fixer les heures d'administration, ils déclareront qu'on ne peut adopter de règles fixes en leur cas particulier, parce que leurs exigences varient avec les circonstances, ils peuvent avoir droit à une dose de morphine

quand ils n'en éprouvent aucun besoin, et au contraire, en avoir besoin lorsqu'ils n'y ont pas droit. La raison n'est pas sans valeur : mais il est, malgré tout, essentiel d'insister sur la régularité des heures, comme méthode souveraine ; et un traitement un peu relâché au début conduit invariablement à l'irrégularité définitive.

On peut aussi répondre qu'avee la façon nouvelle et méthodique de vivre au milieu de eonditions différentes, qu'il est nécessaire d'adopter, les besoins, en ce qui concerne la morphine, ne varieront plus eomme ils le faisaient auparavant. Le malade doit aussi eomprendre en ce qui concerne son régime, qu'il doit prendre des repas légers comme ceux d'un convalescent, à des heures régulières, et qu'il doit résister aux impulsions morbides qui le pousseraient à faire un repas extravagant à des moments déraisonnables — souvent au milieu de la nuit — repas eomposé, par exemple, de salade de homard ou de pâté de foie gras, le tout accompagné de copieuses rasades d'eau-de-vie ou de champagne sec. En somme, régularité dans l'administration des médicaments, régularité des repas, et enfin, ee qui n'est pas le moins important, régularité des moments de repos.

Que le sommeil vienne vite ou non, l'on doit toujours éteindre les lumières dès l'absorption de la dernière dose de morphine et

interdire sévèrement la lecture au lit. On lit au lit sous prétexte que le sommeil vient difficilement, mais dans la morphinomanie plus encore que dans la vie ordinaire, c'est l'habitude de lire au lit qui augmente l'insomnie. Que ces quelques premières nuits soient ou non sans sommeil, le malade ne doit songer qu'à dormir, et cela en rendant la nuit à son but naturel, le repos. Il est certain, et nous nous référerons largement plus loin à ce principe, que si l'on gaspille la morphine pour fournir l'énergie intellectuelle nécessaire à la lecture d'un livre pendant la nuit, elle n'agira plus d'autre part, et une dose plus considérable qu'il n'en faudrait, s'il en était autrement, sera requise pour maintenir un état suffisant de bien-être. Ceux qui ne connaissent rien à la question suggéreront souvent au malade en état de besoin de prendre un livre et de lire. Mais les morphinomanes reconnaîtront combien nous avons raison lorsque nous affirmons qu'une telle recommandation est absurde. Pour qu'ils soient capables de lire, il est nécessaire non seulement qu'ils aient des organes visuels et un centre intellectuel, mais aussi que ces organes et ce centre soient arrosés d'une solution suffisamment forte de morphine. Il faut donc que nos malades renoncent à lire au lit, quoique ce soit un de leurs plus grands plaisirs, afin de

faire durer l'action de la morphine aussi longtemps que possible.

Quelques morphinomanes consentiront à toutes ces exigences, mais avec la réserve mentale d'agir suivant leur bon plaisir. De tels malades induisent souvent en erreur ceux qui les soignent, et plus d'un médecin a été porté à croire qu'un remède quelconque a rendu les plus grands services, parce que le malade a simulé une certaine amélioration, afin d'abandonner le plus tôt possible un traitement imaginaire. Si étrange que cela puisse paraître, il n'en est pas moins vrai qu'un morphinomane prétendra qu'il est guéri plutôt que d'avouer qu'il a triché, ou qu'il s'est rendu coupable d'une imprudence qui l'a ramené en arrière. De là vient que nous entendons de temps à autre parler de la puissance extraordinaire de certains médicaments, comme le castoréum, l'avena sativa, ou le cannabis indica, médicaments qui donneraient, après quelques doses, la force d'abandonner la morphine sans difficulté.

De là, aussi, au point de vue statistique, la circonspection avec laquelle on doit accepter les déclarations des morphinomanes qui se disent guéris. Un monsieur, qui prenait de la morphine sans interruption depuis six ans, déclarait solennellement que nous l'avions guéri quelques années auparavant ;

un des plus chauds partisans de notre méthode était un membre du corps diplomatique, que nous n'avons pas revu depuis que nous l'avons soi-disant délivré, mais qui continuait, à notre connaissance certaine, à sacrifier au poison. Il faut se rappeler que les morphinomanes forment une classe de malades *sui generis*. Quelle que soit la sympathie que nous éprouvons pour eux, nous ne pouvons dissimuler qu'ils sont « prévaricateurs » par impulsion, et quelquefois aussi par intérêt. Ils prétendront souvent être guéris, simplement par crainte morbide de blesser le médecin qui les a traités sans succès ; mais nous connaissons des cas où la comédie de la guérison avait pour but de recouvrer une situation ou de conclure un mariage, dans ce dernier cas, avec des habitudes remontant à plus de sept années.

Un médecin de Paris qui traitait tous ses malades hystériques par des injections de morphine croyait fermement qu'il pourrait arrêter le mal ainsi créé par l'hypnotisme et la suggestion, et chacune des observations qu'il apporte finit par ces mots : « La malade affirme qu'elle a entièrement abandonné les injections. » Nous devons avouer que, personnellement, nous n'accorderons jamais aucune créance aux déclarations d'un hystérique morphinomane, et nous pensons qu'un peu de scepticisme en leurs affirma-

tions aurait pu conduire à des conclusions tout opposées.

Les malades que nous soignons subissent une réduction volontairement acceptée, mais par une étrange contradiction en harmonie. du reste, avec leur tempérament hystérique, il leur est impossible de résister à l'impulsion qui les pousse à tricher, si l'occasion s'en présente. Ce n'est, en effet. que cet état d'esprit singulier. qui rend logique la semi-contrainte que nous préconisons : autrement il serait plus rationnel ou d'enlever aux morphinomanes toute liberté, ou de les traiter comme les autres malades, avec une confiance absolue. Lorsque la réduction commence à lui peser, le patient préfère souvent recourir à un subterfuge quelconque afin d'obtenir le répit qu'il désire, plutôt que de reconnaître honnêtement qu'il ne peut. ou ne veut plus, continuer la dégression.

Il prétendra, par exemple, qu'en renversant la bouteille il a perdu une partie de la dose qui lui est promise, ou il déclarera que le médicament ne lui semble pas avoir sa force habituelle. Raisonner dans de telles occasions manquerait à la fois d'utilité et de dignité ; mais si le prétexte est admis et la dose extraordinaire accordée, le malade, le jour suivant, sera moins qu'auparavant satisfait de sa ration légitime et le résultat final sera désormais compromis.

Il est d'autres malades chez lesquels l'échec est presque certain, mais pour des raisons différentes. Ce sont les morphinomanes raisonneurs, qui connaissent mieux que n'importe quel médecin tout ce qui touche à la morphine. Généralement chagrins et soupçonneux, ils déclarent souvent, quoiqu'il n'y ait aucun danger de les voir mettre leur menace à exécution, qu'ils se suicideront si le traitement doit aboutir à un insuccès.

Nous reçûmes un jour un appel pressant d'un malade de ce genre qui était entré chez les Frères de Saint-Jean-de-Dieu depuis environ une semaine :

« Je ne puis m'empêcher de penser constamment à la morphine, et mes yeux, malgré moi, ne quittent pas l'horloge, dont les heures ne m'ont jamais paru si longues. Je vous en supplie, venez à mon secours. » Nous partîmes immédiatement, et apprîmes en arrivant qu'il était en train de prendre son café dans un restaurant voisin. Il revint au bout de quelques minutes, et parut fort étonné du mécontentement que sa sortie nous causait. Il soutint que son absence s'expliquait par les règlements de la maison qui ne permettaient pas de café après les repas. Il voulut bien reconnaître qu'il avait été convenu entre nous qu'il ne devait pas franchir le seuil de l'établissement sous quelque prétexte que ce soit, et qu'il ne

nous aurait pas avoué sa sortie, si nous ne l'avions découverte. Les morphinomanes ont l'habitude de ces restrictions mentales. Mais il argua que son absence survenant aussitôt après une injection, il ne ressentait à ce moment aucun besoin de morphine, et que par conséquent il ne courait aucun risque.

C'était un homme qui avouait penser à tout instant à la morphine, et qui déclarait nettement son intention de se suicider si la cure entreprise échouait ; et néanmoins nous ne pouvions lui faire comprendre qu'il valait mieux pour lui prendre son café dans sa chambre, ou même s'en passer pendant un mois ou deux, plutôt que de s'exposer à une tentation à laquelle jamais auparavant il n'avait pu résister. Nous nous efforçâmes de lui prouver que l'homme qui se plaint de la privation de quelque douceur habituelle n'est pas dans la disposition d'esprit nécessaire pour un traitement heureux : car s'il appréciait à son véritable prix l'inestimable bonheur d'échapper à la morphine, il devait être convaincu que la guérison, au prix d'une courte retraite et du sacrifice de quelques habitudes, n'est pas chèrement payée. Nous lui rappelâmes aussi que les morphinomanes se placent bien rarement d'eux-mêmes en traitement avant que des essais répétés ne leur aient prouvé qu'ils

étaient incapables de se guérir seuls ; il est donc logique que, du moment qu'ils nous demandent de diriger leur traitement, ils cessent toute action pouvant troubler celui-ci. Le malade dont nous parlons se montra, tant que nous le soignâmes, raisonneur et désagréable.

Un abcès volumineux s'étant formé, il refusa de le laisser ouvrir sous prétexte qu'il n'était pas encore assez mûr, soutenant d'ailleurs que le malade lui-même était le meilleur juge en pareille occurrence.

Il trouvait là une excellente occasion de s'injecter la solution de cocaïne qu'on lui donnait malgré nos conseils, et dont il prétendait ne se servir qu'en lotion. Constatant un jour qu'il était sorti seul pour se procurer, à notre insu, une solution de morphine, nous eûmes, lorsqu'il rentra, une discussion qui nous détermina à nous séparer de lui.

Les abonnés à la morphine peuvent être rangés en plusieurs catégories ; il y a d'abord ceux qui sont réellement désireux de se rétablir.

On pourrait croire que le simple fait de consentir à commencer le traitement, indique *prima facie* le désir de guérir ; d'où, s'il faut suspendre prématurément la réduction, la preuve manifeste d'un échec. Cependant cette conclusion est fausse ; en effet, beaucoup de malades commencent le traitement

sous la pression de leurs parents, ou sous la crainte que leur inspiraient certains symptômes menaçants, et lorsque, comme c'est presque toujours le cas, une légère réduction a fait disparaître ces symptômes, ou quand la contrainte à laquelle ils sont naturellement assujettis commence à les fatiguer, ils jettent au vent leurs premières résolutions, leurs bonnes intentions plutôt, et s'empressent de reprendre leur pleine liberté d'action. Ils n'abandonnent pas le traitement par suite de quelque souffrance ou même de quelque malaise, mais parce que leurs desseins ne sont pas assez fermes pour accomplir ce qu'ils avaient momentanément entrepris par frayeur ou persuasion.

A côté de ces deux classes de malades, ceux qui se rétabliraient si l'on pouvait modérer complètement ou du moins suffisamment leur besoin, et ceux qui ne veulent pas guérir, se trouve une classe intermédiaire, qui comprend ceux qui désirent guérir, et qui n'en sont pas empêchés par un besoin réel, mais qui souffrent d'une sorte de besoin hystérique, de soif nerveuse imitative. Comme dans toutes les manifestations douloureuses qui se rattachent à l'hystérie, on ne peut pas toujours affirmer qu'il n'y a pas là de souffrance parce qu'il ne doit pas y en avoir, et parce qu'il n'y a aucune raison pour qu'il y en ait. C'est alors qu'un tact tout particulier

est nécessaire, et plus encore une expérience approfondie de pareils cas. De tels malades ne doivent jamais savoir quelle quantité de morphine ils prennent, ou que des agents d'autre nature l'ont remplacée, et comme les symptômes, quoique réellement violents, sont entièrement subjectifs c'est un traitement également subjectif qui doit leur être administré.

Nous nous rappelons une dame qui, dès qu'elle sut qu'on l'avait réduite à une petite dose de morphine, présenta des crises violentes ; mais, après un retour momentané à des doses plus abondantes, on poursuivit une réduction rapide à son insu ; il y avait déjà trois semaines qu'elle ne prenait plus du tout de morphine, qu'elle n'avait encore aucun soupçon d'être si près de toucher le but.

CHAPITRE III

En écrivant ces pages, il n'est pas dans notre intention d'offrir au lecteur un traité complet de la morphinomanie, de ses causes et de ses conséquences ; nous voulons simplement faire connaître un plan de traitement qui nous a réussi chaque fois que les malades se sont placés sans réserves entre nos mains, et ont observé loyalement toutes les conditions qui leur étaient posées.

Quelque espoir que nous ayons que ce petit livre pourra rendre quelques services à ceux de nos collègues qui s'occupent de la question, nous ferons remarquer que son principal objet est de donner à nos malades une explication pleine et entière de la méthode que nous poursuivons, et un programme complet des conditions que nous croyons indispensables au succès.

Beaucoup de morphinomanes sont des raisonneurs, qui aiment trouver des excuses à

leurs désobéissances fréquentes, en déclarant qu'on leur avait dit quelque chose qui autorisait leur façon d'agir. Etant d'ailleurs, de mauvaise foi eux-mêmes, ils accueillent les paroles et les avis de leurs conseillers médicaux comme des sophismes spécieux quoique vraisemblables, qu'ils ne sont pas capables de réfuter, mais auxquels ils ne se croient pas obligés d'accorder un aveugle crédit. En écrivant cette espèce de code, les malades auxquels nous faisons allusion verront que les conseils que nous leur donnons n'ont pas été imaginés sous l'impulsion du moment où nous avons dû faire face aux conjonctures de leurs cas particuliers, mais que toutes nos recommandations font partie intégrante d'un projet régulier de traitement.

Le cadre que nous nous sommes tracé ne comprend pas la description des symptômes de l'empoisonnement chronique par la morphine ; mais, comme notre traitement est basé sur une conception particulière de la nature de l'état de besoin de morphine, il nous semble nécessaire d'exposer dès maintenant nos théories de son mécanisme.

« Nous supposons, disions-nous, que le manque d'une stimulation spéciale, comme celle que donne la morphine, se traduit physiologiquement par le besoin d'un mode particulier de mouvement moléculaire.

Le caractère d'ennui ordinaire, que l'on a décrit comme « un sentiment de fatigue par inactivité » ayant sa source dans un défaut d'occupation mentale, en d'autres termes le défaut de changement moléculaire de certains centres cérébraux est augmenté jusqu'à la douleur qui résulte de « la représentation d'un avenir dans lequel de tels désirs ne seront jamais satisfaits. Ce « déplaisir » par l'inaction du système nerveux est associé au besoin entopériphérique résultant de l'impulsion diminuée à ces organes, et plus spécialement le cœur, qui contribuent à l'activité nerveuse. Chaque retour de la sensation est probablement augmenté par l'auto-suggestion des moyens de satisfaction, et par l'abolition momentanée du pouvoir inhibitif et de contrôle de la volonté sur l'automatisme morbide des centres impulsifs qui sont polarisés, pour ainsi dire, dans un besoin fixe du stimulant accoutumé.

De cette tendance à un mouvement moléculaire habituel d'une part, et l'inaction forcée par manque du stimulant nécessaire d'autre part, naît un état d'inquiétude et de fatigue cellulaires, qui a son exacte contre-partie dans l'*habitus* extérieur du malade.

La sensation intime d'inquiétude est accompagnée d'une impossibilité pour l'individu de rester en repos, mais s'il cherche un soulagement dans la promenade, il est bien-

tôt forcé par la fatigue de s'asseoir ou de se coucher sur un canapé, ou au moins un siège confortable ; il n'a pas plutôt trouvé une position qui lui convienne que l'agitation réapparue le contraint à se mettre debout et à marcher.

C'est cette tendance impérieuse au mouvement, se traduisant aussi en des tressaillements involontaires, qui nous a fourni une des premières indications de notre traitement actuel, un traitement qui nous rendit de grands services quand nous n'avions rien de mieux, mais qui n'est intéressant à rappeler maintenant que pour montrer quelle fut l'évolution de notre méthode. Le morphinomane ne trouve que dans le stimulant pharmacodynamique accoutumé, l'énergie qui lui donne pleine satisfaction, mais le mouvement, dans tous ses modes, est un sédatif de l'état de besoin, toujours à cette condition qu'il n'aille pas jusqu'à la fatigue.

Partant de ce point, nous traitâmes notre premier cas à l'aide de divers stimulants physiques, tels que la faradisation, le massage, les frictions sèches, la chaleur, la galvanisation, ayant pour but la réduction progressive, et nous constatâmes que ces moyens déterminaient de suffisantes accalmies dans la continuité du désir pour donner la force au malade d'attendre avec patience l'heure de ses doses décroissantes. Ce qui en

général décourage si profondément les morphinomanes, c'est la certitude qu'ils ont que, dès que le besoin commencera à se faire sentir, son acuité ira croissante jusqu'à ce que la morphine leur soit administrée. Dans le cas auquel nous faisons allusion, les doses devinrent moins fréquentes et moins considérables, mais aussi les périodes de bien-être relatif furent, comme c'est toujours le cas, de plus en plus courtes ; le malade désirait ardemment sa morphine des heures avant le moment prescrit pour l'injection. Quoique d'autres médicaments eussent été pris au cours de la réduction, les seuls employés à l'époque où l'on tenta la stimulation physique étaient le bromure, le valérianate d'ammoniaque et le bicarbonate de soude.

L'expérience aboutit à un succès complet. Le malade, qui prenait de la morphine, depuis cinq ans, et de la cocaïne depuis une année et demie, à la dose, dans les derniers temps, de deux grammes par jour de chacune et qui, de plus, avait déjà échoué précédemment, en deux occasions, à la veille du succès, traversa triomphalement cette nouvelle épreuve. Outre les médicaments et stimulants mentionnés plus haut, il fit aussi grand usage du hamac, dans lequel il avait l'habitude de s'étendre en exposant ses mem-

bres au soleil brûlant pendant de longues heures consécutives.

C'est cette théorie de la substitution, chez un habitué, d'un autre stimulant que celui auquel sont accoutumées ses cellules nerveuses, qui nous a conduit à employer la trinitine et plus tard le nitrite d'amyle. Ce n'est pas cependant la puissante action que ces agents ont sur le cœur qui nous fit les choisir ; en effet, il vaudrait certainement mieux trouver une médication qui aurait un semblable pouvoir sur l'appareil circulatoire, mais qui ne stimulerait pas le cœur. Ce dont le cœur a besoin, c'est d'un tonique plus que d'un stimulant, car l'action de ce dernier est toujours suivie d'une dépression correspondante.

La seconde indication du traitement doit être cherchée dans l'état du cœur, qui prend sa part à l'arrêt vital général ; il donne en effet naissance, en n'agissant plus qu'insuffisamment, à quelques-uns des plus pénibles symptômes. Les tracés sphygmographiques que l'on trouvera plus loin montrent tout cela à l'évidence et, quoique le plateau de l'abstinence de morphine ne soit pas spécial à cet état, puisqu'on le rencontre dans d'autres psychoses, telles que la mélancolie, la neurasthénie, l'hystérie et la dipsomanie, c'est dans la morphinomanie, comme à vrai dire dans les autres états dont nous venons

de faire mention, l'indice certain de la nécessité d'un tonique du cœur. Ces tracés furent un des résultats d'une enquête entreprise conjointement avec feu notre ami et maître vénéré le professeur Ball. Quelques médecins, plus particulièrement ceux qui n'en ont jamais fait usage, sont sceptiques sur la valeur du sphygmographe ; nous sommes sûr, cependant, qu'il nous a souvent suggéré des indications de traitement qui autrement nous auraient échappé. On suppose trop souvent que les malheureux sujets atteints de dypsomanie se mettent à boire par suite d'une simple impulsion morbide ; si l'on employait le sphygmographe, on trouverait fréquemment, au contraire, que l'impulsion a une base physique, sous forme de faiblesse des battements du cœur, et que le sentiment de défaillance allégué comme excuse n'est pas seulement un prétexte.

Le tracé suivant, qui offre un bon exemple de cet état particulier, a été pris sur une dame dont la période menstruelle s'accompagnait généralement d'un accès de dipsomanie. On nous l'amena après l'échec de nombreux traitements, dans l'espoir que nous conseillerions la réclusion dans un « home ». Son tracé nous suggéra l'idée de tenter l'essai des toniques du cœur, et nous recommandâmes un mélange de coca, d'hydrastis canadensis et de digitale : de

plus, naturellement, une abstinence totale. Nous pûmes suivre cette malade pendant huit mois, et quoique en deux occasions (pour une angine assez forte et une bronchite



Fig. 1

Faiblesse du cœur causant besoin de l'alcool.

consécutive à une attaque d'influenza) on lui eût donné du vin de Porto, et qu'on eût laissé comme expérience la bouteille à sa discrétion, elle n'eut pas de rechute.

Un pareil résultat serait intéressant chez un alcoolique ordinaire ; chez un dipsomane, il est plus que remarquable.

Une autre dame, dont la maladie a été désignée successivement sous les divers noms d'hystérie, de neurasthénie, d'hypochondrie, de monomanie avec idées fixes, et dont le principal symptôme consistait à se croire malade (elle l'était en effet), fournit un tracé semblable.

Là, cependant, la malade ne se plaignait pas du cœur, mais il est facile de comprendre qu'une circulation sanguine insuffi-

sante, peut donner lieu à un état de malaise constant des centres nerveux; de là le besoin de sympathie et de soulagement, qu'on attribue trop volontiers à une fantaisie morbide.

Dans la morphinomanie, le plateau offre



Fig. 2

Faiblesse du cœur associée à des sensations morbides.

donc non seulement le meilleur témoignage que le malade souffre, mais il indique aussi un des moyens de le soulager.

Il est presque aussi nécessaire, quoique cela soit moins évident, d'aider au bon fonctionnement de tous les autres organes. De même que dans une maladie du foie ou des reins, des complications secondaires peuvent survenir du côté des poumons ou du cœur, de même la surcharge de l'appareil digestif peut renverser l'équilibre rétabli, et rendre le traitement inefficace. D'où la nécessité, pour le morphinomane, de souffrir qu'on le dirige, même dans les plus petits détails.

Le plus important des troubles fonctionnels en ce qui regarde le besoin est l'hypersécrétion acide de l'estomac pendant la période de suppression, ce qui suggère évidemment l'idée d'administrer du bicarbonate de soude. Nous en reparlerons dans un autre chapitre.

En résumé, le besoin de la morphine se fait sentir de trois façons principales.

1° Par une sorte d'agitation inquiète, et quelquefois de souffrance, dépendant du manque d'un stimulant artificiel pour les cellules nerveuses, devenu, pour ainsi dire, tellement indispensable à la fonction qu'il représente presque la force vitale.

2° Par une insuffisance de l'action du cœur et une lenteur de la circulation causée par le besoin de l'influx nerveux naturel au cœur, et aussi par la diminution de la vis à fronte à cause de la suspension des échanges chimico-vitaux dans les tissus.

3° Par une sécrétion acide excessive dans l'estomac. Donnés au moment propice, les moyens appropriés suffisent amplement à calmer tout état de besoin. Mais, pour la guérison de la morphinomanie, quelque chose de plus est nécessaire. Il faut que, pendant un temps suffisant, le malade soit mis à l'abri de la tentation qui existe jusqu'à la guérison complète; non que cette tentation soit réellement douloureuse, mais à

cause de l'impulsion irrésistible, fascinatrice, qui pousse à la chûte même le malade le mieux intentionné. Il faut enfin que, durant un certain temps, il règle sa vie de telle façon que les doses décroissantes de morphine suffisent à prévenir ses malaises, but qu'il n'atteindra pas s'il commet quelque imprudence, par exemple les fautes de régime, ou le surmenage.

CHAPITRE IV

Ces préliminaires bien établis, on comprendra mieux ce que l'on doit se proposer de faire. De quoi se compose l'épreuve (car, si ce n'est pas pire, c'est toujours au moins une épreuve de patience et de régularité) et quelles sont les propriétés de l'élixir de vie dont on doit sevrer le fidèle ? « *Me Hercle, non sedat* », s'exclamait le célèbre fondateur de l'école brownienne. La déclaration contenue dans ces mots, où Brown se dénonce comme un mangeur d'opium avéré, n'est ni entièrement vraie, ni entièrement fausse. La morphine est un sédatif, même pour le morphinomane, mais ce n'est pas seulement ou même principalement un sédatif. Son action prédominante est celle d'un stimulant, et cette contradiction n'est pas plus flagrante que celles qui se rencontrent dans ses autres effets, qu'il s'agisse d'abus ou d'abstinence. Quel que soit le symptôme qui résulte de

son usage habituel, le symptôme contraire peut être aussi observé. Et toute manifestation résultant de sa suspension peut aussi être le résultat d'une dose excessive. Le mot stimulant exprime bien, quoique faiblement, l'action de la morphine sur ses tributaires. Nous avons souvent entendu des gens imparfaitement familiarisés avec ses effets, comparer l'esclavage de ses clients à celui de l'alcool ou du tabac, et rapporter des exemples — quelquefois leur propre cas, — tendant à prouver que, comme pour ces derniers, il suffit de le vouloir fermement, pour rompre d'un seul coup ses tristes habitudes. Mais, quelqu'inquiet et énervé que puisse se sentir un homme accoutumé à un stimulant quelconque après l'avoir abandonné, cela n'est rien en comparaison de l'arrêt vital qui résulte de la cessation brusque ou trop rapide de la morphine. Il n'est pas exagéré de dire que les malheureuses victimes de l'habitude sont complètement, absolument, sous la dépendance de leur stimulant accoutumé, à tel point qu'il est presque devenu pour eux une condition nécessaire d'existence. Le cœur bat difficilement sans lui, le cerveau ne pense que par lui, et la digestion dépend de lui entièrement. En un mot, pour ses infortunés clients, la morphine, c'est la vie.

Il pourrait donc sembler qu'il n'y a que peu de chances de délivrance d'un asservis-

sement aussi étroit, ou qu'il doit, tout au moins, être nécessaire d'employer la force.

Telle fut la conclusion pratique d'une discussion sur ce sujet à l'une des sociétés médicales de Londres, et telle est, comme nous l'avons déjà dit, l'opinion des aliénistes les plus éminents. Un médecin, cité par le docteur Mattison, s'exprime comme il suit :

« Que le malade abandonne d'un seul coup la morphine, absolument et entièrement. S'il a de la force de volonté, fiez-vous à lui, s'il vous trompe, enfermez-le et donnez-lui un Hercule pour infirmier. » Comme il est absolument certain qu'il n'y a pas un homme au penchant assez fort pour mériter le nom de morphinomane, qui pourrait secouer ce joug par un effort de volonté, l'infirmier herculéen deviendrait une nécessité. Ici, un tableau du traitement, dû à la même plume autorisée : « Tous les agents de substitution ne servent qu'à prolonger l'agonie qu'il doit traverser... Le malade qui abandonne la morphine après une habitude de longue date, souffre d'insomnie, de nausées, de vomissements, de diarrhée, de douleurs partout et de toutes sortes et sa faiblesse est telle qu'il est merveilleux de le voir encore en vie. Toutes ces souffrances dureront de cinq à dix jours. Aucune médication ne peut faire de bien ; l'estomac rejette tout, même une gorgée d'eau froide...

« A la fin, après des siècles de tortures, la nature accomplit la cure, peu à peu, et sans médicaments ou agents de substitution. Ce traitement terrible, j'en suis sûr, n'est pas seulement le meilleur ; c'est encore l'unique qui permette de prédire la guérison et qui garantisse le malade de toute rechute. »

Le docteur Mattisson, très justement, proteste contre ce plan de traitement « brutal, barbare et inhumain » et montre combien ces assertions sont erronées. L'objection de beaucoup la plus importante, à notre avis, est que, quelque affreuses que soient les tortures infligées, elles ne fournissent en fait aucune sauvegarde contre une rechute. Des neuf cas d'Obersteiner, il n'en est peut-être « qu'un, deux au plus », ajoute-t-il, « qu'on puisse considérer comme exemple de guérison complète et permanente ».

Un coup d'œil dans le livre de Levinstein prouve que la plupart de ses malades retombèrent, malgré les inexcusables tortures auquelles ils furent soumis.

La meilleure sauvegarde qui soit contre une rechute, est en réalité la rééducation de la volonte effectuée par progression graduelle, et pour cette raison, nous préférons, comme nous l'avons déjà dit, le système de retraite volontaire avec surveillance, mais sans coercition.

Dans les premiers cas que nous eûmes à soi-

guer, le seul but visé étant la suppression de la morphine, les malades gardèrent une trop grande latitude sur les autres points. Les morphinomanes sont presque tous suffisamment familiarisés avec la littérature du sujet pour pouvoir entamer des discussions dangereuses avec quiconque n'aura pas une connaissance particulière de ce même sujet. Il en était ainsi lorsque nous commençâmes à faire du traitement de la morphinomanie une étude spéciale, nous ne pouvions empêcher certaines pratiques que nous considérions cependant, avec les meilleures raisons du reste, comme imprudentes, car nos malades étaient toujours capables d'alléguer quelque autorité comme en faveur de leur ligne de conduite. L'un maintenait qu'il était soutenu par de fortes doses d'alcool : grave erreur, nonobstant les écrivains qui sanctionnent cette opinion ; car si l'effet immédiat en est stimulant, la réaction subséquente rend nécessaire une dose plus considérable de morphine, pour combattre la dépression du cœur et du système circulatoire. Un autre réclamait du chloral à discrétion. Un troisième, sans appétit en général, était saisi d'accès soudains de boulimie, et voulait manger un repas lourd et indigeste en pleine nuit ; il souffrait d'une indigestion dont le traitement convenable aurait été un vomitif, mais pour laquelle un mor-

phinomane exigera toujours une dose supplémentaire de morphine. Un jeune avocat, dont la cure jusque-là avait très bien marché, se mit tout à coup dans la tête qu'il irait beaucoup plus vite en employant la cocaïne, et s'en étant, contre notre désir, procuré une solution, il commença à se l'injecter. Au bout de quelques jours, l'effet produit sur sa santé et son intelligence fut désastreux; il avait absolument l'apparence d'un homme au stade dépressif de la paralysie générale. Comme il refusait de suivre nos avis et d'abandonner la cocaïne, nous refusâmes de notre côté de continuer à assurer la responsabilité du traitement et le laissâmes agir à sa guise. En quinze jours il fut réduit à un tel état de prostration morale et physique qu'il en fut lui-même effrayé et qu'il nous demanda de reprendre les rênes du gouvernement. Après une période raisonnable de courte durée, il insista, à la suggestion d'un médecin, — que nous soignions aussi dans le même établissement — pour prendre du Bromidia à discrétion, et faillit se tuer d'une dose trop forte. Une seconde suspension de relations médicales le conduisit finalement à se rendre sans conditions, et les choses désormais marchèrent aisément. Au dernier moment, une violente attaque de gastralgie faillit compromettre le résultat, mais par

bonheur un vésicatoire suffit à la dissiper et l'insomnie très redoutée de la dernière nuit ayant été prévenue grâce à l'emploi du bain d'air chaud, le malade, un habitué de dix ans, fut définitivement guéri.

Ayant pu par la suite parler avec plus de certitude et d'autorité, nos derniers malades se sont montrés plus raisonnables, et quand, après traitement, leur soif était arrivée à un degré supportable, ceux d'entre eux qui souhaitaient réellement se rétablir ont pu poursuivre, tant qu'ils sont restés entre nos mains, la réduction convenue, avec cependant, parfois, d'accidentels moments de faiblesse.

CHAPITRE V

Les deux chapitres qui précèdent sont tirés presque textuellement de notre livre : *Guérison de la morphinomanie*, publié en 1890. De ceux-ci, et de passages ultérieurs, il ressort clairement que chacun des éléments du traitement que nous prônons à l'heure actuelle a été déjà employé par nous à cette date.

Nous appelons spécialement l'attention sur ce point car, quoique le plus grand nombre des auteurs ait pleinement reconnu nos prétentions en cette question, certains praticiens, comme nous l'avons dit déjà, ont trouvé plus commode de s'approprier nos méthodes, sans accusé de réception, que d'en imaginer d'eux-mêmes : ils ont même été jusqu'à s'attribuer le mérite de leur invention.

Tel a été le cas du traitement par le bicarbonate de soude, dont on verra plus loin

l'importance, et du bain turc, qu'un médecin exploite en ce moment comme le résultat de ses recherches personnelles.

Convaincu que notre méthode est réellement, ainsi qu'on l'a appelée, une méthode *physiologique*, la nécessité d'établir nettement notre priorité en ce qui concerne ces moyens de traitement nous servira d'excuse, pour la répétition que leur description, telle qu'on les emploie à présent, rend inévitable. Ces remarques faites, passons à la considération de notre mode actuel de traitement.

Lorsque la morphinomanie est associée à quelqu'autre penchant, la première chose à faire est de supprimer l'autre stimulant, quel qu'il puisse être. S'il s'agit de l'alcool ou de la cocaïne, cela n'est pas très difficile ; en effet, la quantité de morphine prise soulage davantage le malade que lorsqu'il emploie des antidotes, ce qui est, vis-à-vis d'elle, le rôle des autres stimulants. Une personnalité médicale de Londres, qui nous avait consulté par lettre, fut fort étonnée lorsque nous lui apprîmes qu'elle pouvait abandonner la cocaïne sans difficulté, car elle s'était habituée à regarder ceci comme la partie la plus tenace de son penchant. Elle nous écrivit bientôt après pour nous annoncer qu'elle n'avait pas éprouvé la moindre difficulté à suivre nos instructions. Un homme du monde, à qui nous donnâmes ensuite nos soins,

avait commencé le traitement avec un praticien de Londres ; à ce moment, il prenait par jour 0 gr. 50 centigr. de morphine, et une énorme quantité de whisky et de brandy ; il avait alors quatre grammes d'albumine, résultat de l'irritation rénale, Le docteur lui proposa d'autoriser une ration supplémentaire de whisky, s'il voulait abandonner la morphine, projet qui, s'il avait été suivi, aurait probablement abouti au delirium tremens. Heureusement le malade vit le danger, et vint peu après à Paris. Tous les stimulants alcooliques furent supprimés en dix jours, et six semaines plus tard, il n'y avait plus de traces d'albumine.

En ce qui concerne la rapidité de la réduction, nous avons toujours été partisan de la régression graduelle ; mais le temps actuellement nécessaire pour la guérison d'un cas donné dépend entièrement du pouvoir qu'a le médecin de prévenir le besoin par les moyens qu'il a adoptés.

Il nous semble nécessaire de dire ici quelques mots de la méthode soi-disant rapide de démorphinisation adoptée par certains médecins français, malgré sa condamnation absolue à l'étranger et son abandon par son auteur lui-même. Ce traitement détermine des souffrances indescriptibles, des syncopes répétées en présence desquelles le médecin doit se tenir impassible, seringue à la

main. On ne doit en modérer la rigueur que dans le cas où l'on s'apercevrait qu'il y aurait danger de collapsus. Prières, menaces, tout doit être inutile. Une fois dans la cellule capitonnée il n'y a aucun moyen d'en sortir, ni d'adoucir ou de corrompre le gardien, et le patient est obligé de passer par huit jours de tortures, qui lui semblent autant de siècles. Quand l'intensité même des souffrances a fini par les user, le malade se trouve dans un tel état d'épuisement qu'il lui faut six ou sept semaines de convalescence pour se remettre, même en apparence, du choc terrible qu'il vient d'éprouver, la démorphinisation totale étant fixée à deux mois.

Il paraît incroyable que devant la possibilité de renoncer à la morphine dans le même temps, sinon moins encore, sans souffrances, on puisse trouver des malades pour consentir à accepter un tel traitement ; mais ce qui les décide, c'est la supériorité prétendue de cette méthode à d'autres égards. On prétend que le malade qui a renoncé à la morphine en huit ou quinze jours, et qui reste encore six semaines dans le Sanatorium, a terminé sa convalescence et est prêt à reprendre sans danger la vie de tout le monde au bout de ce temps. On dit aussi qu'avec la méthode « rapide » il y a moins de danger de besoins récurrents : ceux-ci

seraient beaucoup plus fréquents avec la méthode lente.

Ces affirmations sont erronées ; la vérité est tout autre. Avec la méthode rapide, le malade souffre comme nous venons de le dire, abominablement ; mais malgré ses prières répétées, qui polarisent forcément son esprit dans la direction de la morphine, il est gardé littéralement prisonnier et, à moins que le collapsus ne paraisse imminent, on ne lui accorde pas un atome de morphine ! De cette façon on implante dans l'esprit du malade l'idée fixe du désir de la morphine en même temps qu'on lui fait sentir que la contrainte est le seul moyen de l'empêcher de s'y adonner. Pendant la convalescence la volonté est plus ou moins inerte ou même paralysée, mais en rentrant dans le monde, lorsque les besoins récurrents se feront sentir, l'idée de la morphine renaîtra et avec celle-ci, la conviction de l'impossibilité d'y résister, d'où la certitude de la rechute.

Avec la méthode lente au contraire, la suppression totale ne demandera que deux mois, mais chaque pas vers la guérison se fait grâce à la rééducation de la volonté du malade et grâce à une compréhension éclairée des conditions du succès. Le manque de bien-être est en proportion de l'inattention du malade à des recommandations parfaitement simples et logiques, et un sujet très

docile peut renoncer à la morphine, la récupération de la volonté étant démontrée par son obéissance sans aucun malaise méritant le nom de souffrance.

Un pareil malade (et tel était le sujet de notre première observation) fait sa convalescence au fur et à mesure de la suppression ou plutôt, à vrai dire, il n'a pas de convalescence à faire. Le système nerveux n'ayant pas reçu de choc comme dans la méthode « rapide », lorsque la morphine est supprimée, le malade est complètement revenu à la santé. Le traitement a été non seulement un sevrage de morphine, mais aussi une rééducation du pouvoir de résister à l'impulsion vers la piqûre, et il n'y a pas eu de suggestion latente prête à éclore en l'idée fixe que la morphine est nécessaire. La conséquence est tout naturellement que le besoin récurrent n'est plus à craindre et que si, par hasard, une imprudence le fait naître, le patient sait parfaitement comment l'éloigner.

Partant de ce fait qu'il est possible, sans autre traitement, de sevrer quelqu'un de la morphine sans qu'il s'en doute, par une réduction suffisamment lente et progressive, il est évident que plus la réduction sera lente, et moins vif sera le besoin.

Le plan que nous avons adopté consiste à procéder aussi vite que possible, mais *aussi*

lentement qu'il est nécessaire, pour obtenir une guérison sans douleur. S'il n'y avait pas d'autre moyen de diminuer le besoin, le traitement se résoudrait donc en une suppression suffisamment graduelle suivant chaque malade ; mais ce n'est plus maintenant le cas. Lorsque le patient est absolument docile, souffrant que sa vie soit arrangée de façon à éliminer toutes causes aggravantes de besoin, le besoin résiduel est réduit à sa plus simple expression, et peut être tempéré à un tel point par les mesures que nous employons, que l'on peut quelquefois aboutir à la suppression en *quinze* ou même en *dix jours*.

Il est important, en premier lieu, d'amener aussitôt que possible un changement dans le mode d'administration de la morphine.

Si l'on peut l'effectuer dès le début du traitement, cela vaudra beaucoup mieux : autrement l'on devra employer la substitution graduelle des injections rectales aux injections hypodermiques, lorsque le malade ne reçoit plus que deux grammes par la peau.

Dix centigrammes semblent être le minimum vital possible. Une quantité de morphine supérieure à dix centigrammes peut se retrouver en partie dans l'urine ; au dessous, elle semble être entièrement absorbée. Il n'est pas, d'ordinaire, aisé d'arri-

ver par régression directe au-dessous de ce chiffre, sans malaise ; ici donc, un subterfuge doit être adopté. A partir de ce point (deux grammes) il faut donner, par le rectum, une dose deux fois plus forte que celle supprimée par la peau.

En conséquence, le malade qui commencera les injections rectales substitutives, au moment où il en est à 10 centigrammes par la peau, atteindra la dose de 0,20 centigrammes par le rectum dès que les injections hypodermiques seront supprimées complètement. Mais ce n'est, en aucune façon, une rechute. Pour détacher le malade de son stimulant accoutumé, le grand point à obtenir est la renonciation de la seringue.

Les injections hypodermiques de morphine donnent l'énergie et le « montant », et c'est pour cette raison qu'au moindre prétexte on a recours à la seringue. C'est l'exact équivalent du petit verre.

Pour celui qui est habitué aux injections hypodermiques, l'effet produit par les injections rectales est tout à fait différent. On ne constate pas une stimulation soudaine ou même sensible, avec un retour d'énergie, mais à leur place une égale sédation. Cet effet sédatif, d'autant plus marqué que la dose est plus considérable, compense largement l'absence de la seringue, mais comme ce n'est pas stimulant de la même manière,

cela ne donne pas ensuite naissance au besoin à un égal degré. C'est d'ailleurs une chose incommode que d'injecter la morphine par le rectum ; le malade le fera pour prévenir les souffrances consécutives à la suppression hypodermique, mais il n'y a pas là la fascination qui le pousse au constant usage de la seringue. Il est heureux de se sentir satisfait avec ce qui est réellement nécessaire pour prévenir les malaises, et il a cessé d'être un morphinomane intempérant.

Il n'y a ordinairement aucune difficulté durant cette période (en tout cas moins que vers la fin de la première période), sauf avec les malades qui sont victimes de « la manie de la seringue », chez lesquels la difficulté n'est pas tant d'abandonner la morphine que de renoncer au morbide plaisir de l'injection. Il y a des malades qui emploieraient plutôt quelque autre chose que de diminuer le nombre ou le volume des injections. Nous en avons connu expérimentant toutes les drogues qui pouvaient s'administrer sous forme liquide, sans aucun souci des conséquences possibles. Un monsieur, traité par nous, s'injectait de l'hydrate d'amylène pur, qu'il faisait suivre immédiatement de quelques gouttes de nitrite d'amyle. Un autre, à qui nous avions ordonné 0,01 centigr. de spartéine,

répéta l'injection jusqu'à ce qu'il sentît son cœur se contracter douloureusement, sensation qui naturellement lui causa quelque alarme, mêlée cependant d'un terrible sentiment de plaisir. De telles aberrations semblent presque incompréhensibles ; en ce qui concerne la spartéine, le cas que nous venons de mentionner est, à notre connaissance, unique. Quand il s'agit de la cocaïne, il arrive fréquemment que les injections sont continuées jusqu'à ce quelles soient suivies d'un sentiment de mort imminente ; à peine, cependant, cette sensation atrocement pénible a-t-elle disparu, qu'une horrible fascination pousse le malade à une répétition de la dose, et il va s'injectant, jusqu'à ce qu'il ne puisse positivement plus risquer une goutte de plus.

A l'exception de ces forcenés de la seringue, nous n'avons jamais éprouvé de difficulté pendant la seconde période et beaucoup de nos malades sont agréablement surpris de la facilité avec laquelle ils abandonnent les injections hypodermiques.

Il s'agit maintenant d'exposer les différents moyens de prévenir ou de juguler le besoin, qui autrement résulterait de la diminution de l'injection rectale (1).

(1) Nous diminuons la morphine aussi vite que possible, mais, comme nous le disons ailleurs, aussi lentement que ce peut être nécessaire pour

Le besoin de la morphine se traduit par certains symptômes qui sont, comme nous avons dit, des indications naturelles du trai-

chaque cas. Pendant la période de substitution rectale, *il ne doit pas y avoir de besoin* : mais lorsque les injections hypodermiques sont supprimées, et les injections rectales diminuées, le besoin, *s'il n'est pas traité*, sera proportionnel à la rapidité de la suppression. Grâce aux moyens que nous employons pour le prévenir et le tempérer, un malade peut surmonter cette période sans souffrir en quelques jours ; d'autres exigeront le même nombre de semaines ; et lorsque le dernier centigramme de morphine est atteint, nous arrivons parfois à rendre la transition plus facile en donnant pendant quelques jours les doses décroissantes de la solution de méconarcéine de Duquesnel.

Depuis un peu plus d'un an cependant, nous avons remplacé la méconarcéine par la DIONINE, dérivé synthétique de la morphine, qui nous vient de l'Allemagne et qui est sûrement destinée à remplacer les autres hypnotiques et succédanés de la morphine.

La dionine ne donne presque pas lieu à l'euphorie et comme on pouvait s'y attendre son emploi n'est pas suivi de besoin. Il y a certains points à observer. Il ne faut pas, par exemple, administrer trop tôt dans le sevrage. Il faut attendre le moment psychologique (voir observation I, page 115). Il faut comprendre cependant que la dionine ne sert à ce moment que comme hypnotique ou calmant et que notre méthode physiologique par les bains d'air chaud, le bicarbonate et les toniques cardiaques est restée tout aussi nécessaire pour la réussite générale du traitement. C'est aussi le seul moyen d'assurer le sevré contre les après-besoins et autres misères qui ne peuvent être prévenues que par la connaissance des lois qui les déterminent.

tement nécessaire. On doit se rendre compte qu'abandonner la morphine, c'est abandonner non un habituel sédatif mais surtout un stimulant d'une telle puissance (1) que le collapsus vital qui résulte de sa suppression dépasse de beaucoup, tout ce qui pourrait résulter de la privation de n'importe quel autre stimulant.

Par réduction graduelle, et remplacement de l'injection hypodermique plus stimulante par les injections rectales sédatives, le collapsus qui serait résulté de la brusque suppression hypodermique a été évité ; mais s'il n'y avait rien d'autre maintenant à faire que la réduction progressive de la morphine comme c'est le cas en dehors de notre traitement, la suppression finale, à moins de ne survenir qu'après un temps excessivement long, ferait naître de nombreux malaises. L'observation, cependant, montre que la suppression de la morphine, qui revient pratiquement à la suppression d'une force vitale factice, donne naissance à des dépressions fonctionnelles générales et des perversions

(1) Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de soigner à Sainte-Anne une malade qui était venue à pied de Bruxelles à Paris, parce qu'elle n'avait pas l'argent nécessaire pour prendre le train. Elle vivait de deux ou trois sous de pain par jour, entièrement soutenue qu'elle était par de fréquentes injections de morphine.

métaboliques, et ces troubles nous serviront de guide pour le traitement.



Fig. 3

Pouls du morphinomane en état de privation.

Le cœur est presque toujours atteint dans ses fonctions, et le tracé sphygmographique témoigne d'une inertie qui n'est que trop éloquente en ce qui regarde le malaise ; celui-ci constitue notre première indication thérapeutique.

Le tracé ci-dessus, tiré d'une ancienne communication à l'Académie, montre le pouls d'un malade en besoin de sa dose de morphine.

Le deuxième et le troisième tracé sont pratiquement identiques ; mais, tandis que le premier indique l'effet produit par une dose de morphine, le second indique l'effet d'une injection de spartéine

Les toniques du cœur sont donc les premiers des moyens que nous employons pour prévenir l'état de besoin. Le premier des trois

tracés ci-contre présente un plateau *particulier*, dû au manque d'impulsion cardiaque,

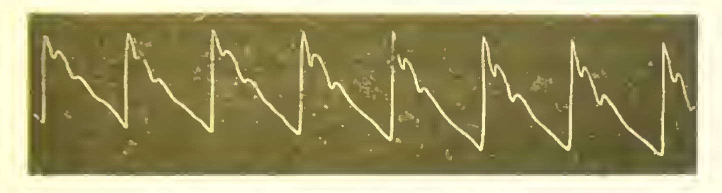


Fig. 4
Pouls rétabli par la morphine.

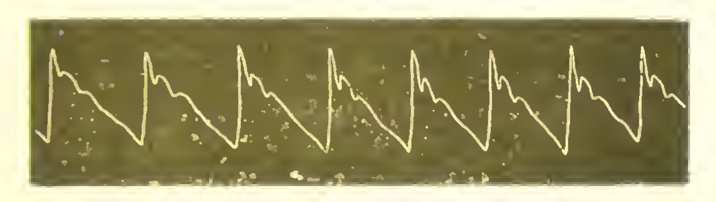


Fig. 5
Pouls rétabli par la sparteine.

en même temps qu'à un obstacle au passage du sang dans les vaisseaux. Une injection faite à ce moment rétablit l'état normal de la circulation, ainsi qu'en témoigne le second tracé, pris sur le même malade que le premier, à un intervalle de quelques minutes. Ce fut l'étude de ce tracé qui nous suggéra l'emploi des toniques et des stimulants du cœur, le troisième tracé montre à quel point ils peuvent la remplacer.

Comme c'est le cas pour chacun des moyens de traitement que nous avons proposés, l'utilité des toniques cardiaques a été sanctionnée par tous les écrivains français postérieurs. Nous nous contenterons d'une citation :

« Le pouls du morphinisé, dit le docteur Pichon (1), n'offre pas au doigt qui l'explore des renseignements importants... Mais il y a un appareil enregistreur, le sphygmographe, qui supplée à cette insuffisance du toucher, et qui enregistre les plus petites anomalies artérielles. C'est de ce côté que se sont tournées les expériences dont nous parlons et auxquelles nous avons eu la bonne fortune d'assister... Ces expériences sont dues au docteur O. Jennings, attaché au laboratoire de M. le professeur Ball, et dont les recherches ont porté sur les nombreux morphinomanes, qui fréquentaient à ce moment le service de la clinique... Avant d'arriver à un résultat précis, le docteur Jennings a pris un grand nombre de tracés sur différents malades et dans les différents états du morphinisme (État de besoin. Puissance morphinique. Etat intermédiare. Etat normal). » Le docteur Pichon donne alors les conclusions de la communication présentée par le professeur Ball et par nous-même à

(1) « Du morphinisme », Paris. O. Doin. 1890.

l'Académie de Médecine, et ajoute : « Nous avons contrôlé à plusieurs reprises ces savantes recherches. Nous avons pris un très grand nombre de tracés, et nous sommes arrivé aux mêmes résultats. » Il montre donc que l'examen sphygmographique du pouls est, comme nous l'avons toujours enseigné, le meilleur moyen de savoir si un malade est honnête ou non dans le cours de la réduction prescrite. Si le plateau n'existe pas, quand le malade doit être en état de besoin, il n'y a pas d'hésitation possible ; il prend de la morphine en secret.

« Cette découverte, continue-t-il, a été le pivot d'un *traitement physiologique* qui paraît avoir donné (comme nous le verrons à la fin du chapitre), de très bons résultats... Après de nombreux essais, le docteur O. Jennings a trouvé que les tracés sphygmographiques, après l'emploi de la nitro-glycérine (trinitrine) et du sulfate de spartéine, donnent les mêmes résultats que la piqûre de morphine. Le problème était résolu physiologiquement et cliniquement. Il (le traitement) donna plusieurs fois devant nous d'excellents résultats. ... Il résulte donc, des découvertes physiologiques du docteur O. Jennings, des conséquences pratiques extrêmement intéressantes au double point de vue du diagnostic et du traitement. » Plus loin, après avoir passé en revue les différents traitements

qui ont été proposés, le docteur Pichon conclut : « Nous préférerions employer la médication physiologique de Jennings, basée sur l'action physiologique du sulfate de spartéine et de la nitro-glycérine. Nous avons vu que ces deux agents thérapeutiques remplacent absolument l'action circulatoire de l'euphorie morphinique et combattent ainsi l'état de besoin en faisant disparaître le *plateau* sphygmographique. »

Quoique l'administration de toniques du cœur ait été décrite sous notre nom dans beaucoup de monographies depuis l'ouvrage de Pichon, comme la méthode physiologique de traiter le morphinisme, nous n'avons jamais nous-même demandé aux toniques cardiaques que le pouvoir de soulager le besoin en tant que celui-ci est dû aux défaillances du cœur. Ce n'est pas tout, et il est, en général, d'autres facteurs du besoin qui ont également leur importance. Avant d'en parler, nous ferons remarquer que dans notre premier mémoire nous employions la spartéine parce qu'il était plus facile ainsi de démontrer aux étudiants, lorsque nous étions attaché à la clinique de Sainte-Anne, le relèvement du cœur. Mais, dans nos publications récentes, nous exprimons l'opinion qu'il vaut mieux éviter aux morphinomanes convalescents les injections hypodermiques, de quelque nature qu'elles soient.

et qu'on pouvait même obtenir une tonification plus complète à l'aide de la digitale administrée par la méthode ordinaire. Nous avons eu récemment l'occasion de revenir en partie à notre première opinion.

Dans un cas où la digitale paraissait avoir perdu son efficacité, la spartéine agit admirablement, déterminant même un bien-être plus marqué que je ne l'aurais espéré de son effet comme simple tonique cardiaque.

Une autre raison qui nous amena à abandonner l'injection hypodermique de spartéine, est que, dans beaucoup de cas, le principal obstacle au traitement est la manie de la seringue. Le plaisir morbide qui consiste à s'injecter quelque chose sous la peau est aussi recherché que les effets produits par la morphine elle-même. Dans de tels cas on ne doit permettre les injections de spartéine que lorsqu'elles semblent absolument nécessaires, et l'on doit refuser invariablement d'approuver la plus petite addition de cocaïne. Nous reçûmes un jour d'un médecin, qui nous avait appelé en consultation auprès d'un malade auquel nous avions conseillé, entre autres choses, des injections hypodermiques de spartéine, une lettre nous prévenant que ces injections étaient douloureuses, et nous demandant s'il n'y aurait pas moyen de les rendre moins pénibles. Notre confrère pensait que

nous pourrions ajouter à la solution une petite quantité de cocaïne, mais nous lui conseillâmes fortement de n'en rien faire car le résultat invariable de l'injection hypodermique de cocaïne est de développer la manie de l'injection à un point incompréhensible. Nous disons incompréhensible, parce que, quoique une très petite dose puisse produire une certaine sensation de soulagement, ce soulagement est à la fois insuffisant et éphémère, car il n'a rien de cette turgescence vitale que donne la morphine, chez les morphinomanes (1) et il est suivi presque immédiatement d'une impulsion irrésistible vers des injections nouvelles. Le malade ressent une impulsion morbide plutôt qu'un besoin du stimulant et ce qui est fort curieux, les sensations les plus alarmantes et douloureuses qui peuvent suivre l'injection n'ont pas encore eu le temps de se dissiper, qu'une autre dose du poison est déjà prise. Un de nos malades nous disait qu'il lui semblait chaque fois se sentir mourir, et que cependant il trouvait en cette sensation un horrible plaisir.

D'autres ont des sensations semblables, qui sont seulement désagréables, mais ils sont de même incapables de réprimer l'im-

(1) Chez les *cocaïnomanes purs*, au contraire, les injections de cocaïne sont suivies de bien-être et d'euphorie.

pulsion qui les pousse, irrésistiblement, à renouveler l'injection (1).

La nécessité de refuser l'adjonction de la cocaïne à la solution de spartéine dans le cas que nous rapportons fut rapidement prouvée. N'obtenant pas de son médecin la prescription désirée, la malade exploita les sentiments d'un père trop indulgent et d'esprit faible ; elle se procura ainsi une première solution, dont elle promit de ne prendre que quelques gouttes chaque fois, afin de pouvoir supprimer les douleurs occasionnées par la spartéine. La provision fut bientôt épuisée, mais l'impulsion une fois née, il devint nécessaire de prendre de plus fortes doses, à la fois de cocaïne et de morphine. Quoiqu'on ne la laissât pas seule un instant, et qu'elle eût un jeune médecin attaché

(1) Lorsque le malade apprend, ce qui ne tarde pas, qu'il peut détruire jusqu'à un certain point les inconvénients de la cocaïne à l'aide de l'alcool, et presque sûrement à l'aide de la morphine, le cas devient très grave, et la contrainte par force peut devenir nécessaire. Nous avons connu un malade qui prenait, quelques jours auparavant, 0.25 à 0,30 centigrammes de morphine seulement ; s'injectait alternativement de la morphine et de la cocaïne pendant des heures entières, se démorphinisant avec la cocaïne, comme il le disait lui-même, et neutralisant l'excès de la dose avec du brandy et de la morphine, jusqu'à ce qu'il tombât dans une sorte de semi-coma qui durait quelquefois douze ou quatorze heures.

à sa personne, elle parvenait à se procurer 1 gr. 50 à 2 grammes par jour, sans que personne s'en fût aperçu, pendant plus de deux mois. A la fin, son mari, médecin et morphinomane lui-même, effrayé une nuit, de l'apparition d'hallucinations que le père attribuait à la privation de morphine, nous envoya chercher précipitamment. Les symptômes étant les mêmes que ceux que nous avions vus récemment dans un cas d'empoisonnement reconnu par la cocaïne, nous accusâmes la malade de prendre de la cocaïne et obtînmes aisément une confession complète.

Elle avait, malgré la surveillance, gardé la direction de sa maison et avait permis à une servante de mœurs légères de rester dehors fort tard, à la condition de lui apporter la provision de cocaïne et de morphine qui lui était nécessaire, provision dont le prix était inscrit dans son livre de dépenses parmi celles de boucherie où d'épicerie.

Spéculant sur la passion de sa maîtresse, la servante s'était déjà payé plusieurs bijoux avec le prix de ses complaisances et le jour même où l'affaire fut découverte, elle venait de recevoir deux bracelets d'une certaine valeur, qu'elle avait engagés chez un recéleur pour plus de douze cents francs. Ce fut la frayeur que lui causaient les hallucinations, mais surtout la crainte d'être au

pouvoir de sa servante, qui déterminèrent la malade à tout avouer.

A son point de vue, cette confession avait encore un autre avantage ; elle établissait le fait qu'elle était habituée à la cocaïne, et quoique nous fûmes d'avis de lui supprimer immédiatement et complètement cette dernière, d'autres conseils l'emportèrent et dès lors on lui donna en même temps la morphine et la cocaïne.

La dernière fois que nous entendîmes parler d'elle, arrivée à la suppression presque complète (moins de 0,05 centigr.), elle était parvenue à corrompre la femme d'un pharmacien, qui lui envoyait dans une bonbonnière à double fond sa morphine, au prix de cinquante francs le gramme ; le prix normal de celle-ci est d'environ cinquante centimes.

CHAPITRE VI

Une des grandes causes du besoin est l'hyperacidité de l'estomac et de l'organisme en général, ce qui suggère naturellement comme traitement l'emploi du bicarbonate de soude. Il y a treize ans que nous appelons l'attention sur ce fait dans des publications anglaises, et quoique encore inconnu, semble-t-il, en Angleterre, son importance est maintenant admise par tous les auteurs du continent; le professeur Joffroy, de la Faculté de médecine de Paris, est le dernier en date qui l'ait sanctionné et qui ait fait droit à nos prétentions d'auteur. Il peut sembler étrange de faire jouer à un agent tel que le bicarbonate de soude, un rôle important dans le traitement de la morphinomanie, il en est cependant qui vont plus loin encore, et font de lui rien moins qu'une panacée. Erlenmeyer, qui poursuit ses travaux avec l'idée d'avoir été le premier, en 1895, à sug-

gérer son emploi, a même donné à ce mode de traitement le nom de « démorphinisation chimique ». Comme nous avons avancé, dans quatre publications antérieures à cette date, que l'hyperacidité était un important agent du besoin, et insisté à chaque occasion sur la valeur du bicarbonate de soude, il nous semble que la seule chose à laquelle puisse vraiment prétendre Erlenmeyer est d'avoir donné un nom retentissant à l'une de nos découvertes et exagéré proportionnellement son importance (1).

(1) Dans un article à l'*Encéphale* en 1887, nous écrivions ce qui suit : « Les seuls médicaments qui nous aient toujours paru utiles sont le bicarbonate de soude et les préparations de valériane. » Et, dans une note, nous émettions la supposition que leur utilité était peut-être due à une action neutralisante sur les produits acides de combustion imparfaite, etc. En trois ou quatre autres endroits, nous faisons allusion au rôle possible de l'acidité dans la morphinomanie, et à l'importance du bicarbonate de soude dans la période consécutive au traitement.

En 1890 (« Traitement de la morphinomanie », page 180) nous disons textuellement : « Une de nos recommandations invariables, lorsqu'il se montre quelque malaise du côté de l'estomac, est d'employer le bicarbonate de soude sous forme d'eau de Vichy. Son effet dans le soulagement du besoin est souvent immédiat, car il n'est pas limité à la neutralisation de la suracidité stomacale. Les solutions alcalines augmentent l'efficacité de l'action du cœur, et causent la contraction des capillaires

Il est bien certain que l'on peut forcer les malades des hôpitaux ou des asiles à abandonner leur morphine, qu'ils soient traités ou non par le bicarbonate de soude, mais le bicarbonate n'aidera pas au point de supprimer le besoin à lui tout seul, ce qui serait l'unique cas dans lequel on pourrait employer ici le mot de méthode.

(résultat qui diminue la stase abdominale et facilite la circulation générale).

Dans le *Médical Annual*, 1894, le docteur Haig a fait remarquer (comme nous en avions exprimé l'idée il y a sept ans) que la condition de l'organisme par rapport à l'acidité est un des facteurs du besoin, ce qui explique l'action immédiatement calmante du bicarbonate de soude... Devant cette période de malaises, qui sont dus à la surchage du système par l'acide urique... tout serait fait en vue de prévenir la formation d'acide et de favoriser son excrétion... Le bicarbonate de soude serait donné conformément aux indications, etc.

Nous rappellerons que le docteur Haig a démontré que le salicylate de soude a le pouvoir de chasser en partie l'acide urique contenu dans le sang, et d'empêcher ainsi les phénomènes de besoin qui dépendent de cette cause. Il cite le cas d'un médecin morphinomane qui a pu guérir par l'emploi du salicylate, et deux autres médecins lui ont communiqué des observations analogues.

D'après le docteur Haig la morphine a comme effet, de même que l'alcool, que la cocaïne, et que la *viande*, de soustraire l'acide urique du sang pour l'emmagasiner dans la rate, le foie et les articulations. Cet effet est suivi bientôt d'une réaction, l'acide urique se précipite dans le sang et produit

Le bicarbonate soulage le besoin, en tant qu'il est causé par la suracidité, de la même manière que les toniques du cœur soulagent celui-ci quant à l'inertie cardiaque et rien de plus ; mais il est assez agréable de constater que selon d'autres nous avons plutôt diminué qu'exagéré la valeur de notre traitement (1).

des phénomènes de dépression (et quand il s'agit de la morphine de besoin) ; et de nouvelles doses du stimulant deviennent alors nécessaire pour rétablir le bien-être. Ces faits expliquent l'importance du régime végétarien dans le traitement des abus de toutes sortes : morphine, cocaïne, alcool.

Ces citations montrent d'un façon suffisamment concluante qu'Erlenmeyer, qui annonçait sa découverte en 1895, l'a tirée de nos propres travaux, peut-être inconsciemment, quoique, ce qui est assez curieux, il ait fait publier un article dans l'*Encéphale* la même année que nous. Le traitement qu'il y décrivait (ce qu'il nommait la méthode rapide) est le seul recommandé par les quelques auteurs (Clifford Allbutt, entre autres) qui ne nous connaissaient pas encore. Depuis lors, Erlenmeyer lui-même a solennellement renoncé à cette méthode (*Progrès Médical* 1896) pour ce qu'il nomme sa « démorphinisation chimique », et qui est en réalité une partie de notre traitement.

(1) Le docteur Clifford Allbutt nous écrivit qu'il avait lu autrefois l'article d'Erlenmeyer sur le bicarbonate de soude mais qu'il ne l'avait pas cru sérieux, et si l'on ne connaît le rôle si important que joue l'hyperacidité comme facteur du besoin, il n'est pas surprenant que l'on considère avec incrédulité la valeur d'un aussi simple remède que le

D'autres moyens fort variés de soulagement, peuvent être employés suivant les indications symptomatiques, mais le dernier de notre triade est le bain d'air chaud.

bicarbonate de soude dans un état comme la morphinomanie. *Je n'hésite pas à dire, cependant, que, en dehors de la morphinomanie, j'ai plusieurs fois sauvé la vie de mes malades par l'administration d'une cuillerée à thé de bicarbonate de soude ;* et je suis également convaincu qu'il se perd chaque année des centaines de vies précieuses qui auraient pu être sauvées par les mêmes moyens. Le bicarbonate de soude, il ne faut pas l'oublier, est, sous certaines conditions, un puissant tonique du cœur et de la circulation : il en est ainsi toutes les fois que l'affaiblissement de l'appareil circulatoire dépend de l'acidité. C'est un fait physiologique élémentaire que la vasodilatation paralytique est due à l'acidité, d'où les stases abdominales de l'arthritisme. Plus d'un homme, dont le cœur, non suspecté jusque-là, suffit seulement à son travail journalier, rentre chez lui d'un dîner en ville avec une sensation désagréable de plénitude et de malaise qui a été temporairement masquée par l'effet tonique de la tasse finale de café et l'excitation due aux vins ; il se couche en espérant que son malaise disparaîtra comme d'habitude. Cependant, l'effet stimulant du vin et du café s'éloigne, et le système tout entier se charge de plus en plus d'acidité, comme résultat d'une digestion imparfaite ; ces phénomènes coïncident avec la dépression réactive qui suit la stimulation alcoolique, le cœur et les vaisseaux perdent ce qui leur reste de tonicité. L'appareil circulatoire subit une dilatation générale, le cœur au delà de son pouvoir de rétablissement, et la mort survient, soit durant le sommeil, soit avant qu'aucune

« Jusqu'à l'an dernier, écrivions-nous en 1890, nous avions l'habitude de prescrire un hypnotique quelconque au dernier moment, le plus critique : chloral, méthylal, hydrate d'amylène, sulfonal, etc. Mais maintenant, nous nous reposons presque uniquement sur le bain d'air chaud, répété si nécessaire, et suivi d'une douche froide. Nous continuons ces bains encore quelque temps après que le traitement a pris fin ; ce sont les meilleurs moyens de prévenir et de combattre tout retour offensif du besoin ; et c'est après avoir constaté leur action en tant que préservatifs de rechute, que nous avons été amené à employer les bains d'air chaud comme un des moyens de traitement.

Et plus loin :

« L'agitation modérée qui survient quand les malades sont convenablement traités disparaît entièrement dans la chambre chaude du bain turc ; et le massage consécutif, avec la douche froide forment les séda-

aide puisse intervenir. En pareil cas, une cuillerée à thé de bicarbonate de soude aurait positivement sauvé la vie et si le lecteur peut s'imaginer quel malaise éprouve un tel malade au moment de se coucher, et qu'elle différence il y aurait eu si le cœur avait été fortifié par l'action d'un tonique cardiaque et l'hyperacidité prévenue par des moyens convenables, il doit pouvoir comprendre le soulagement qu'obtiennent les morphinomanes dans des circonstances semblables.

tifs les plus parfaits que l'on puisse désirer pour un morphinomane. Il n'y a, d'ailleurs, pas de meilleur moyen de lutter contre la renaissance du besoin qui survient de temps à autre, et tout spécialement sous l'influence de l'indigestion. »

Du reste, dans plusieurs des cas rapportés, son emploi a été noté en détail; dans l'un d'eux, l'on a mentionné que pendant la dernière semaine du traitement le malade prit régulièrement des bains turcs.

En fait, nous employions les bains turcs bien avant 1890, car dans une réimpression de notre article à l'*Encéphale* en 1887, nous établissions que c'était « un excellent moyen de calmer l'agitation causée par les tentatives de suppression, donnant naissance à des sensations qui ressemblent à celles de la morphine, et dont l'emploi est suivi d'une lassitude fort agréable pour l'agité. »

Et, à propos de la période qui suivit la fin du traitement dans le cas qui fait le sujet de l'article:

« Toutes les fois qu'il sent la nécessité d'un tonique ou d'un calmant, ce malade a recours au bain turc, et il affirme qu'il lui serait difficile de trouver un remède plus efficace. »

Dans le *Medical Annual* (1894), nous exprimons plus énergiquement encore le prix que nous attachons au bain turc et l'impor-

tance que nous lui donnons comme partie intégrante de notre méthode. Ici non plus, nous n'avons pas exagéré la valeur de la chose, car l'auteur d'une thèse de Montpellier élève au rang de méthode la douche d'eau alternativement chaude et froide, et il y a là-bas, à l'heure actuelle, un établissement pour le traitement de la maladie uniquement par les bains chauds. Il est bien probable que, concurremment avec ceux-ci, d'autres moyens sont employés, car quelque précieux que puisse être le bain d'air chaud en lui-même, la cure ne sera jamais trop aisée, et il n'y a aucune raison pour rejeter quelqu'un des moyens dont l'utilité est aujourd'hui reconnue. Dans un cas récent, souhaitant éprouver la valeur des *seuls* bains turcs, nous mîmes à ce traitement un des plus rebelles de nos malades ; le résultat n'en fut pas aussi satisfaisant que le promoteur de ce traitement, qui était présent, nous l'avait fait espérer.

Nous étant arrangé ensuite de façon à éviter toute déception, le système des injections rectales combinées avec le bicarbonate de soude fut substitué, et le malade parvint à la guérison sans savoir à quel moment il avait passé le Rubicon.

Nous ne désirons aucunement, en citant ce cas, diminuer la valeur du bain d'air chaud, attendu que, quelle que soit sa valeur, l'idée

de son usage est nôtre, et qu'il fait partie intégrante de notre méthode de traitement. Il vaut mieux cependant ne pas attendre de lui plus qu'il ne peut donner, et dans la plupart des cas, quelque grand que soit le soulagement procuré par le bain, il est tout naturel que son action ne puisse être aussi efficace que l'association des trois différents moyens correspondant aux trois principales indications de traitement.

L'effet du bain est dû sans doute, en partie, à son action tonique et sédative, mais il est probable qu'il agit aussi comme éliminateur d'un excitant quelconque du besoin. Il est possible que cet excitant soit l'oxy-di-morphine qui se forme dans le corps, et qui est considérée par Marmé comme la principale cause de l'état de besoin, l'expérience ayant démontré que l'oxy-di-morphine injectée chez un sujet vierge en détermine les symptômes. Il est possible aussi qu'il agisse, comme nous l'avons déjà indiqué, en tant que modérateur de l'acidité ; ceci expliquerait sa valeur dans la période qui suit le traitement, alors que l'ex-habitué, à moins d'une sobriété extrême, est saturé par l'acidité, et qu'il serait difficile d'expliquer les besoins factices à l'aide de l'oxy-di-morphine (1).

(1) Chez le morphinomane, il est important de

prévenir un des effets d'une progression trop rapide ; le développement d'un caractère faible et irritable, d'un état hystérique dans lequel le système nerveux devient une sorte de microphone pour les moindres malaises et s'afflige à l'extrême de ce qui donnerait autrement des impressions sans importance. La morphinomanie a mis en scène une hystérie tenue jusque là latente, ou tout au moins intermittente, par les facteurs mêmes auxquels elle doit son origine, et l'on doit essayer de prévenir cette complication qui deviendrait un facteur de désordres durant la période de suppression.

On comprend aisément que les mêmes malaises seront ressentis à des degrés différents suivant la sensibilité spéciale de chaque individu, et que tout ce qui luttera contre la faiblesse du malade, diminuera en même temps la part de cette sensibilité morbide.

On a pensé que le bain d'air chaud pouvait agir comme éliminateur dans les états chroniques liés à la présence de l'acide urique, mais d'insignifiantes quantités seulement en ont été excretées par transpiration forcée. Jusqu'à preuve du contraire nous continuerons à regarder le facteur du besoin contre lequel lutte avec tant de succès le bain d'air chaud, comme étant principalement un *état somatique*, beaucoup plus qu'un produit à excréter. L'hyperacidité est due à une dépression fonctionnelle de même que l'affaiblissement du cœur, et c'est justement pour remédier à cette dépression fonctionnelle que le *bain d'air* chaud est surtout utile.

CHAPITRE VII

Les trois moyens de traitement dont nous nous sommes surtout occupé jusqu'à présent (toniques du cœur, bicarbonate de soude, et bains d'air chaud) constituent la triade thérapeutique qui forme la base de la méthode que nous préconisons en y ajoutant le mode spécial de réduction par les injections rectales ; mais le médecin devant penser constamment à prévenir ou à supprimer tout accroissement du besoin qui pourrait résulter d'une insuffisance organique ou d'une perversion fonctionnelle, il faut quelquefois prendre des précautions supplémentaires.

Il est d'abord nécessaire de permettre aux divers organes de fonctionner aussi facilement que possible, afin que l'influence décroissante de la morphine puisse cependant

suffire à entretenir la machine humaine avec aussi peu de malaises que possible. C'est ainsi que les petits malaises qui, réunis, constituent l'état de besoin, sont réduits à leur minimum, et l'on peut alors employer avec succès les différents succédanés, qui autrement auraient été complètement inefficaces. En second lieu, il ne faut rien demander d'inutile à l'organisme en général, ou à un appareil en particulier; car quoique l'organisme relevé suffisamment à l'aide des différents moyens employés, parvienne à se soutenir avec les doses décroissantes de morphine, nous n'avons pour ainsi dire, rien en réserve et la moindre fatigue imposée au système en général, ou à quelque organe en particulier, pourra déterminer un besoin impérieux.

Pendant la dernière période, le patient doit, à la lettre, se contenter de végéter.

Les distractions qui exigent une certaine activité, c'est-à-dire celles qui demandent de l'entrain, utiles à une période moins avancée de la cure, ainsi que plus tard, lorsque l'on est enfin arrivé à la suppression totale, ne doivent pas à ce moment être recommandées. Elles ne suffiront pas toujours, comme on le croit d'habitude, à faire oublier le besoin. Elles n'arrivent même quelquefois qu'à faire gaspiller la dose de morphine absorbée par un travail inutile, et si l'exci-

tation est suffisante pour maintenir le malade, l'entrain n'est acquis qu'au prix d'un besoin accru plus tard, et d'une demande de morphine plus précoce.

D'autre part, les occupations qui empêchent le malade de penser à lui, et les amusements qui ne réclament aucune dépense d'énergie, tels que les représentations musicales ou théâtrales, peuvent rendre de grands services.

La quantité d'exercice permise doit être sévèrement réglée ; pendant la troisième période, il ne doit pas y avoir un seul mouvement inutile, de même que l'on doit demander le moins possible à la morphine. Après chaque dose de morphine, le malade retrouve une vigueur factice et rapidement passagère, dont la durée est d'autant plus éphémère qu'elle est dépensée en activité inutile ; d'où reparaît plus tôt le besoin du stimulant. Il vaut mieux économiser l'effet de chaque dose en restant au repos tant que cela sera possible.

Dès que le malade se sent un peu agité, il peut se calmer par une promenade paisible ; mais au bout de quelque temps l'agitation s'accompagne d'une sensation de prostration, et quoiqu'il y ait alors un désir instinctif de remuer les bras et les jambes, le moindre effort donne aussitôt une sensation de fatigue, qui fait abandonner la tentative à

peine ébauchée. Pendant ce moment de la réduction, quoique les sensations éprouvées puissent se traduire par l'expression « faiblesse irritable », il y a de grandes différences dans les symptômes suivant chaque patient. Chez quelques-uns, il y a surtout de la prostration ; chez d'autres, c'est l'agitation qui prédomine.

Un médecin turc que nous soignions aux frères Saint-Jean-de-Dieu restait au lit tout le temps ; il ne le quittait que pour gagner immédiatement son hamac, qui permettait à ses membres de calmer suffisamment leur besoin de mouvement, et remédiait ainsi à la nécessité de l'effort.

Lorsque c'est le cas contraire, il n'y a de meilleur moyen de satisfaire cette soif d'agitation que la locomotion sans fatigue que permet l'emploi modéré du tricycle (1). Le poids du corps est entièrement supprimé, et pourvu que la route soit convenable, l'exercice des jambes soulage merveilleusement l'agitation sans causer de fatigue, et sans par conséquent amener le moindre accroissement du besoin. Il serait facile de dépasser le but ; mais, employé avec modération, le tricycle ne peut avoir que des avantages.

(1) Voir pour plus amples détails notre livre : « La Santé par le tricycle », 3e édit. 1889.

Le foie est d'ordinaire augmenté de volume et troublé dans son fonctionnement, ce qui est dû aux alternatives constantes d'hyperémie et de stase passive, qui correspondent aux périodes alternatives de satisfaction et d'abstinence. Ces perturbations fonctionnelles du foie sont souvent aggravées par l'usage immodéré des stimulants alcooliques. Ceux-ci seraient, bien entendu, supprimés, ou seulement dans des cas bien spéciaux, autorisés en quantités médicales. On prendrait soin de régler l'intestin, et comme les garde-robes sont fréquemment malaisées et d'énorme volume, il est souvent nécessaire de diminuer la gêne mécanique de la défécation, ce que l'on peut aisément faire à l'aide d'un suppositoire donné la veille. J'ai connu plusieurs morphinomanes qui n'allaient à la selle qu'une fois par semaine ou même moins encore et l'opération leur inspirait une telle frayeur qu'elle nécessitait invariablement des doses croissantes de morphine.

Un autre organe fort à ménager est l'estomac, à cause de la facilité si grande des indigestions. Le morphinomane ne digère pas avec la pepsine, mais avec la morphine et, lorsque l'on en restreint la quantité, il devient nécessaire d'imposer les fonctions de l'estomac aussi légèrement que possible. Quelques auteurs recommandent une alimen-

tation généreuse et nutritive ; nous n'avons aucune objection à faire à cela si la digestion peut en être faite. Mais ce n'est pas le cas à la fin de la période de réduction car il arrive généralement qu'aucun aliment ne peut être pris avec plaisir, à moins d'être accompagné de morphine, et même alors il doit être du genre le plus léger et le moins indigeste. C'est à ce moment que la question de régime devient de la plus haute importance, car un repas imprudent peut souvent occasionner une rechute de plusieurs jours.

Il faut donc soigneusement éviter les indigestions pendant la période de réduction, mais c'est aussi une précaution fort importante à prendre dans la période qui suit la cure. Les indigestions amènent plus de rechutes que toutes les autres causes réunies, et l'occasion n'en est pas rare dans les réunions où l'on fête le retour à la société du convalescent. Malgré les meilleures résolutions, il se laisse entraîner à faire des excès et se lève de table avec un sentiment de malaise qui va croissant à mesure que la soirée s'avance, jusqu'à atteindre la plus haute intensité de l'indigestion qui fait craindre une défaillance du cœur, peut-être même imminente. Beaucoup d'ex-habitués sont inquiets de l'état de leur cœur, et il leur est

difficile, vu les circonstances, de ne pas se laisser aller à avoir recours à une injection hypodermique, dont ils savent par expérience l'action infaillible.

Nous avons déjà dit la valeur que nous attachons à l'emploi du hamac ; nous pouvons ajouter le rocking-chair, comme moyen de combiner le mouvement et le repos, et ainsi de soulager simultanément l'agitation et la fatigue, et de l'importance qu'il y a à appeler le sommeil récalcitrant par des moyens convenablss. La galvanisation produit quelquefois un effet magique sur l'insomnie cérébrale.

L'on emploie fréquemment la kola et surtout la coca ; le seul autre médicament qui soit pris constamment par nos malades est le valérianate d'ammoniaque de Pierlot.

Dans certains cas exceptionnels, où la méthode ne peut être suivie convenablement, différents remèdes peuvent être donnés, suivant les indications ; nous en reparlerons dans un chapitre ultérieur.

Nous voudrions cependant, dès maintenant, mettre le lecteur en garde contre certains des dérivatifs synthétiques de la morphine employés depuis peu : plus particulièrement l'héroïne, que beaucoup proclament à l'heure actuelle comme le traitement par excellence de la morphinomanie. L'état de besoin qui succède à son emploi est infini-

ment plus difficile à calmer que celui même de la morphine, et, dans deux cas que nous avons traités récemment, nous fûmes forcé d'accroître rapidement les doses, et les malades s'emportèrent lorsque nous tentâmes de la supprimer.

C'est un remède à fuir presque au même titre que la cocaïne.

On a dit et répété que les ex-morphinomanes sont sujets à des retours périodiques du besoin, et que ces malaises sont probablement plus fréquents chez ceux qui se sont soumis à une réduction lente.

Ces deux affirmations sont des erreurs d'interprétation. On trouve toujours chez l'ex-habitué un retour à la vie vraiment extraordinaire après la suppression, une espèce d'exubérance vitale sur laquelle on peut tellement compter que, quelque grave que soit l'état du malade en puissance de son penchant, on peut lui promettre de lui rendre la santé s'il renonce à son habitude.

Une des meilleures preuves, en effet, de l'utilité du traitement progressif, est le fait que, quand les malades sont convenablement traités, ils prennent en général de l'embonpoint pendant la durée du traitement, et dès que la morphine est entièrement abandonnée, l'augmentation de poids est pour ainsi dire sensible d'heure en heure. J'ai vu plu-

sieurs malades gagner deux livres et même plus encore par jour.

On a pris ce relèvement physique comme une indication de gorger ces malades de nourriture ; mais quoique le pouvoir d'assimilation soit suffisant, l'équilibre nerveux est instable, et quand on suralimente le malade, on risque de le conduire à des perversions métaboliques de différentes sortes.

L'ex-habitué se congestionne plus ou moins facilement, ce qui va de pair avec l'exubérance vitale et l'instabilité nerveuse ; d'où, la tendance à l'hyperchlorhydrie et à l'excès d'acide urique, qui étaient tous deux autrefois facteurs du besoin.

En outre l'ex-habitué est en général polydypsique et boulimique ; et comme on l'y encourage, il ne cherche pas à restreindre son appétit, il boit librement, surtout des boissons fermentées, et mange en proportion.

Comme il se fatigue aisément et s'est déshabitué de l'exercice, il est, conséquence de cette suralimentation et de cette absorption excessive de liquide, presque toujours saturé d'acide urique et prêt à une faillite hépatique ou gastrique.

On peut aisément comprendre que, lorsqu'il sera saturé d'acidité en général et qu'il souffrira peut-être aussi d'une acidité aiguë ou chronique de l'estomac, les symptômes

éprouvés seront ceux que nous avons montrés comme étant associés autrefois à ces conditions, c'est-à-dire un sentiment de besoin de morphine.

Nous devons nous rappeler aussi que chaque sensation morbide dans le passé ayant été uniformément traitée par une injection de morphine, chaque nouveau malaise lui suggérera par association l'idée du besoin.

Ces explications peuvent sembler des arguties, car si le malade éprouve ce qu'il croit être un besoin de morphine, il lui importe peu que ce soit une sensation réelle ou fictive, directe ou associée.

Mais il faut savoir que le malade est souvent porté à exagérer ses sensations pour avoir une excuse de rechute et, point intéressant, *les retours périodiques de besoin* peuvent tous être prévenus et guéris.

Nous pensons que ces sensations de besoin peuvent être divisées en trois catégories :

1. Les vrais besoins de morphine causés par une suppression trop rapide et qui ne peuvent être calmés que par la morphine.

2. Les pseudo-besoins causés par un malaise organique : hyperacidité, indigestion, et se faisant sentir par association d'idées comme un besoin de morphine. Ce malaise n'exige pas de morphine et peut être soulagé

par le traitement correspondant à l'indication physiologique.

3. Un besoin purement fictif ou hystérique causé par l'auto-suggestion et ne réclamant qu'un traitement moral.

En général les causes 2 et 3 sont réunies, il est rare que ce que nous appelons le pseudo-besoin ne soit pas renforcé par le besoin fictif, mais ce dernier existe quelquefois tout seul, et il est nécessaire de pouvoir faire la part de chacun des deux facteurs afin de ne pas se tromper dans le traitement.

De ce que nous avons dit de leurs causes, on comprendra que le traitement doit se faire d'après les mêmes règles que le sevrage; il faut à la fois prévenir et neutraliser l'acidité qui les produit, et combattre la tendance à l'irritation neurasthémique qui donne à ce qui serait autrement un malaise indéfinissable son importance symptomatique.

En traitant nos malades d'après ces règles, nous n'avons jamais eu de difficulté à supprimer ces pseudo-besoins.

Les regardant comme des sensations causées par l'hyperacidité dans un système pathologiquement irritable, nous avons toujours recommandé un régime modéré sans boissons fermentées, et nous croyons qu'on peut affirmer l'imminence d'une rechute chez un ha-

bitué récemment guéri qui mange beaucoup et qui boit en conséquence.

Pour ceux qui ont tendance, malgré un régime sévère, à former de l'acide urique, tendance toujours augmentée par la suppression de la morphine, le bicarbonate de soude est naturellement indispensable. Quand le besoin revient par suite d'une erreur de régime, le remède sera de nouveau le bicarbonate, et s'il y a eu quelques excès, de l'eau chaude comme vomitif.

En plus de ces mesures réparatrices, le malade devra faire tout son possible pour favoriser la santé générale, par exemple, prendre autant d'exercice qu'il le pourra sans fatigue excessive ; et dans ce but le cyclisme en général et le tricycle en particulier lui rendront des services inappréciables.

Une autre mesure prophylactique consiste dans l'usage régulier du bain turc ; et par ces moyens on pourra défier l'épouvantail du retour périodique du besoin.

CHAPITRE VIII

Nous avons déjà mentionné la sanction de nos méthodes par des écrivains récents.

Les citations suivantes montreront combien leur valeur a été reconnue sans réserves.

En Allemagne l'ouvrage le plus important est celui d'Erlenmeyer, qui, après avoir écrit longuement en l'honneur de sa « Méthode rapide », a renoncé à ce plan en faveur de la « Démorphinisation chimique », c'est-à-dire de l'administration du bicarbonate de soude que nous avions suggérée.

En France ont paru quatre monographies. Nous ne comptons pas les réimpressions d'articles ou les thèses de doctorat. Le premier en date est « le Morphinisme » du docteur G. Pichon, livre de près de cinq cents pages publié en 1890.

Nous avons déjà cité ce que dit le docteur Pichon dans son chapitre des symptômes

sur nos recherches quant à l'état du cœur et du pouls des habitués et notre conseil de donner de la spartéine. Rien ne peut être plus précis.

Le docteur Ernest Chambard, dans « Les Morphinomanes », cite d'abord dans son chapitre sur le traitement nos avertissements sur le danger qu'offre l'alcool et mentionne un de nos cas où les graves symptômes du morphinisme restèrent latents jusqu'au moment où le malade se mit à boire. Puis il discute le nouveau « traitement substitutif auquel, dit-il, M. Jennings a donné le nom de *physiologique* (1) et signale que la spartéine cause un certain bien-être ressemblant à l'euphorie et une atténuation du besoin, qui est le plus douloureux symptôme et le principal obstacle au succès du traitement.

« Je ne saurais, dit-il, faute d'expérience
« personnelle, me prononcer sur la valeur
« pratique de la méthode physiologique de
« M. Jennings : elle est cependant ingé-
« nieuse et rationnelle et semble marquer un
« premier pas dans une voie qui sera
« féconde en surprises et elle mérite en tous
« cas d'être expérimentée avec soin. »

Le docteur Chambard consacre deux ou

(1) *N. B.* Ceci est une erreur ; nous n'avons fait aucune réclamation. C'est le docteur Pichon qui le premier lui donna ce nom.

trois pages à la description du traitement kinésithérapique également proposé par nous et qui consiste à substituer à la morphine défendue des stimulants dynamiques et inoffensifs de toute nature ; il cite le cas d'un malade guéri par « cette méthode nouvelle et ingénieuse ». Dans les deux dernières pages du chapitre il confirme avec enthousiasme notre conseil du cyclisme comme un des nombreux moyens de prévenir la rechute.

Le docteur Guimbail publia un ouvrage sous le même titre que le précédent en 1892. Il commence par discuter les trois méthodes — lente, brusque et rapide — et ajoute qu'aucune d'elles ne permet de soustraire les habitués aux tortures de l'abstinence. « Aussi. « dit-il, dans le but d'atténuer ces tortures « les médecins spécialistes ont-ils depuis « longtemps cherché à substituer au stimu- « lant habituel un autre agent capable de « calmer les malaises, de supprimer l'agita- « tion et de rendre en particulier au muscle « cardiaque la tonicité qui lui manque. « M. Jennings, dont l'autorité en matière de « morphinomanie n'est contestée par per- « sonne, divise le traitement en trois pério- « des. »

Il les décrit. Plus loin il confirme la valeur de la spartéine qui fait disparaître les malaises amenés par la défaillance cardiaque. « Suivant l'expression des malades. dit-il. ce

« médicament leur donne du cœur. Les
« indications des tracés sphygmographi-
« ques démontrent combien cette expres-
« sion familière est vigoureusement exacte
« au point de vue du fonctionnement phy-
« siologique du cœur. Le sulfate de sparteine
« augmente l'énergie contractive du cœur :
« il régularise son rhythme, il agit avec une
« grande rapidité, et possède une persis-
« tance d'action considérable; ce sont là des
« propriétés qui rendent extrêmement pré-
« cieux son emploi dans la période d'absti-
« nence des morphinomanes et en font un
« médicament de choix. »

Il avertit les malades qu'ils peuvent ressentir certains symptômes tels que des bourdonnements d'oreille, une sensation de resserrement, frisson, hoquet et sensation de froid ; mais comme nous l'avons déjà dit, la dose indiquée par les premiers écrivains était de quatre centigrammes, ce qui est excessif. On peut obtenir des résultats utiles, sans ces malaises, avec des doses d'un centigramme.

En parlant du traitement hydropathique :
« Au même titre, dit-il, le *bain turc* peut
« être utilisé dans la suppression de la mor-
« phine : Il existe quelque vague ressem-
« blance entre les sensations qu'il provoque
« et celles que fait naître la piqûre de mor-
« phine. Le bien-être qui nous envahit dans

« son action n'est pas sans quelque rapport
« avec la stimulation congestive générale à
« laquelle donnent lieu les injections de la
« solution stimulante.

« Le bain turc un peu prolongé et suivi
« d'un habile massage laisse après lui un
« état d'apaisement et de calme précieux
« pour combattre l'agitation inséparable de
« la période d'abstinence.

« Les alcalins, déclare-t-il, seront largement administrés sous forme principale d'eau de Vichy. *J'ai toujours vu les morphinomanes en retirer de grands avantages.* Il paraît vraisemblable que l'action neutralisante du bicarbonate de soude sur les produits acides d'une combustion incomplète (acide urique, etc.) est surtout efficace.

« Les alcalins dissipent en partie la sensation de fatigue habituelle chez les morphinomanes. On sait que cette sensation est placée sous la dépendance d'un état d'hyperacidité des muscles, et il est tout naturel d'admettre que l'état chimique opposé, l'alcalinité, donnera naissance à une sensation opposée. »

Le docteur Guimbail discute en détail la valeur des stimulants dynamiques et ajoute : « Je ne manque jamais de conseiller à mes malades ces moyens curatifs utiles, à la condition formelle qu'ils ne déterminent

« jamais la fatigue. » Nous sommes heureux de pouvoir dire que le docteur Guimbail, qui en sa qualité de médecin d'asile serait plutôt capable de pencher vers l'autre opinion, se déclare tout-à-fait de notre avis à propos de l'inutilité de la séquestration :

« Assurément, dit-il, le sevrage tempo-
« raire s'obtient bien plus aisément à l'in-
« térieur d'un asile, ou d'une maison de
« santé qu'à domicile. Mais sitôt le sujet
« sorti de l'établissement, sitôt que la vo-
« lonté redevient libre, le danger de rechute
« est considérable ; en sorte que la guérison
« radicale ne peut guère être assurée
« qu'avec le libre consentement et la coopé-
« ration même du malade... J'admets bien
« volontiers que *vouloir* dans le présent soit
« une garantie sérieuse pour l'avenir... Je
« partage absolument l'opinion du docteur
« Jennings quand il déclare que notre but
« à nous médecins, qui soignons les habi-
« tués de la morphine, n'est pas d'en arriver
« à la suppression de la morphine, mais à la
« suppression du désir. Pour l'atteindre il
« convient de faire une sorte d'éducation de
« la volonté endormie. »

Enfin vient l'ouvrage du docteur Paul Rodet, qui n'est pas le moins intéressant, « Morphinomanie et Morphinisme » (couronné par l'Académie de Médecine), publié en 1897

« M. Jennings, dit-il, est un de ceux qui « ont le mieux compris le traitement du « morphinisme. Ses études sphygmographi- « ques le conduisent à proposer l'emploi des « cardiaques toniques qui sont aujourd'hui « entrés dans la pratique courante. Il pro- « pose en outre une foule d'autres petits « moyens qui sont des adjuvants précieux « pendant la démorphinisation; on voit qu'il « les a expérimentés lui-même. »

Parlant un peu plus loin du besoin de morphine : « O. Jennings a très bien carac- « térisé cet état psychologique en disant « qu'il est à la fois une sensation et un sen- « timent. Il donne en effet la sensation d'un « appétit inassouvi et le sentiment d'un « désir non satisfait. »

A la page 251 commence le chapitre intitulé « Médication physiologique de Jennings » que M. Rodet déclare être le résultat de nos recherches sphygmographiques, qui ont conduit à instituer : « une médication très rationnelle et qui rend de très grands services ».

Enfin page 257, dans le chapitre sur les agents physiques, après des remarques sur l'absence de repos et l'agitation des habitués pendant la suppression, il passe en revue plusieurs de nos moyens de traitement. Le hamac qui concilie les tendances au repos et au mouvement ; la vibration méca-

nique, le bain turc et la bicyclette, il reconnaît que tous rendent les plus grands services.

Il y a une erreur d'omission que M. Rodet a reconnue sans hésitation ; c'est l'oubli de notre nom à propos du bicarbonate de soude et de l'hyperacidité, qui sont attribués à Erlenmeyer sous le titre de « Démorphinisation chimique ».

Après de telles sanctions, on ne saurait demander rien de plus, mais nous désirons ajouter l'opinion du professeur Joffroy (1), à laquelle nous avons déjà fait allusion, quant aux prétentions de priorité d'Erlenmeyer. Venant ainsi de celui qui occupe la chaire des maladies cérébrales et mentales à la Faculté de Médecine de Paris, elle ne peut avoir qu'un poids exceptionnel. Dans une communication à la *Société médicale des Hôpitaux* en novembre 1899, le professeur Joffroy a fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la morphinomanie par l'emploi du bicarbonate de soude qui, dit-il, fut proposé par Erlenmeyer.

En appelant au professeur Joffroy et lui montrant les passages relatifs à cela dans nos ouvrages, il reconnut tout de suite qu'il

(1) « De la morphinomanie et de son traitement » conférences faites à l'asile Sainte-Anne, dans la *Gazette hebdomadaire*, novembre et décembre 1899.

s'était trompé en attribuant le traitement à Erlenmeyer, et promit une correction. Quelques jours plus tard les conférecces furent publiées. Il cite le fait de l'hyperacidité de l'estomac pendant la suppression et de la manière de prévenir tout symptôme physique d'abstinence par l'administration du bicarbonate de soude : « Je vous conseille, dit-il, d'appliquer cette méthode à vos malades, leur faisant boire de l'eau de Vichy, conformément à la pratique d'O. Jennings et d'Erlenmeyer. »

Plus loin dans une note :

« Mentionnons que le docteur Oscar Jen-
« nings qui a publié des travaux intéres-
« sants sur la question a dès 1887 (De la
« morphinomanie, 2e édition, p. 31) et à plu-
« sieurs reprises depuis cette époque (en
« particulier dans *Cure of the Morphia Ha-*
« *bit*, 1890, p. 70, et dans *The Medical*
« *Annual*, 1894, p. 421), indiqué l'acidité
« des sécrétions stomacales pendant la dé-
« morphinisation, et l'emploi du bicarbo-
« nate de soude comme méthode invariable
« et donnant les meilleurs résultats théra-
« peutiques (1). »

(1) Le docteur Norman Kerr parle de l'emploi des toniques du cœur comme d'une « splendide contribution » à la littérature de la morphinomanie, et dit qu'ils ont eu entre ses mains des résultats inappréciables. (« Inébriété ». Londres, 1889, page 277.)

CHAPITRE IX

Dans la première édition de ce livre, nous avons publié un certain nombre d'observations qui justifient nos opinions.

La première concerne un officier devenu morphinomane en cherchant à soulager une gastralgie rebelle. Il vint à Paris, étant encore en activité, pendant l'Exposition de 1889. Il prenait une dose moyenne, et ne se livrait à son penchant que depuis peu de temps (une année seulement), mais les efforts qu'il avait déjà faits, à plusieurs reprises, pour se libérer, avaient été vains, malgré une assez grande force de volonté, que montrait bien le soin qu'il prenait à rester toujours au minimum nécessaire pour faire disparaître ses malaises. Accompagné de sa femme, il voyagea pendant son traitement, et ne revint à Paris qu'au bout de six semaines ; et prit la dernière dose au jour

prescrit. Nous citons surtout ce cas à cause des événements qui suivirent, déjà relatés dans la seconde édition de notre livre: *Cycle et santé*. Il avait promis que rien au monde ne pourrait le mener à reprendre de la morphine de lui-même. La gastralgie reparut dans le courant de l'année, et il vint un matin nous prier de lui faire une injection. Nous lui montrâmes que le retour de ses douleurs n'avait d'autres causes que ses folles imprudences : repas très irréguliers, banquets nombreux, et séjour trop prolongé à son bureau, stimulé qu'il était par l'espoir d'avancement et de distinctions. Nous lui recommandâmes alors très fortement le lavage de l'estomac, que nous avions vu plein de succès dans d'autres cas semblables. Il fut soulagé pendant quelque temps, mais les douleurs reparurent bientôt et il consulta tour à tour, sans résultat, presque tous les spécialistes d'Europe, dont les traitements d'abord efficaces, perdaient rapidement toute action. C'est à cette époque, alors qu'il ne semblait rester rien autre que la morphine, que le malade fut complètement guéri par le cycle.

Il est probable que toutes les causes qui amènent un excès d'acidité donnèrent lieu ici à des troubles de l'estomac qui firent croire à la nécessité de la morphine, danger qui disparut dès l'emploi d'un exercice hy-

peroxydant. Notre malade se montrait tellement fervent de ce mode de traitement, qu'il avait mesuré, au bois de Boulogne, une promenade de trente kilomètres qu'il parcourait chaque matin par n'importe quel temps.

D'autres cas sont dignes aussi d'être reproduits.

Un médecin, âgé de trente-deux ans, nous fut amené par son cousin, un aliéniste fort connu. Son habitude, due à des ennuis de famille, datait de deux ans. Nous transcrivons ici la marche de la réduction du commencement à la fin ; ce tableau pourra servir de modèle. Il prenait à cette époque 60 centg. par jour, qui furent rapidement réduits à 40 centg. en 4 doses. De 40 centigr. à 24 la décroissance se fit à raison de 4 centigr. par jour ; de 24 à 16, de 2 par jour ; de 16 à 8, de 1 centigr. — De 8 à 6 centigr. la réduction fut de 1 centigr. par jour, combinée avec une dose de 2 centigr. par le rectum pour chaque centigr. supprimé par la peau. Dès que l'on eut atteint 1 cent. par injection hypodermique, la réduction progressive de la morphine prise par le rectum fut commencée, et accomplie comme le montre le tableau suivant :

TABLE DE RÉDUCTION

	8 A.M.	2 P.M.		7 P.M.	12 P.M.
1	10	10		10	10
2	9	9		9	9
3	8	8		8	8
4	7	7		7	7
5	6	6		6	6
6	6	5		5	6
7	5	5		5	5
8	5	4		4	5
9	4	4		4	4
10	4	3		4	4
11	4	3		3	4
12	3	3		3	4
13	3	3		3	3
14	3	2		3	3
15	3	2		2	3
16	2	2		2	3
17	2	2		2	2
18	2	2		1 (II)	2
19	2	2		(II)	2 (II)
20	2	1 (II)		(II)	2 (II)
21	2	(II)		(II)	2 (IV)
22	1 (II)	(II)		(II)	2 (IV)
23	1 (II)	(II)		(II)	1 (VI)
24	(IV)	(II)		(II)	1 (VI)
25	(IV)	(II)		(IV)	(VI)
26	(IV)	(II)		(II)	(VI)
27	(III	(II)		(II)	(V)
28	(II)	(II)	(1 P.M.)	(II)	(IV)
29	(II)		(III)		(IV)
30	(II)		(II)		(IV)
31	(II)		(II)		(III)
32	(II)		(II)		(II)
33	(II)		(I)		(II)
34	(II)				(II)
35	(I)				(II)
36	(I)				(I)
37					(I)

Quoique le résultat final fût peu satisfaisant, le malade retombant sous l'influence de la morphine à cause d'une toux paroxystique qu'elle seule pouvait calmer, le tableau précédent montre bien comment l'on doit conduire une réduction type. L'échec final montre cependant qu'il y avait là une réelle difficulté, que l'on ne put contrebalancer que grâce à l'exactitude méthodique avec laquelle toutes les indications furent accomplies.

La morphine rectale compensatrice notée sur le tableau avec des chiffres romains entre parenthèses, fut administrée, sous forme de solution à l'aide de la seringue à glycérine, instrument qui semble avoir été imaginé spécialement pour cet usage. Cette façon d'agir a, sur les suppositoires, l'avantage d'un dosage d'une exactitude absolue, et d'une action beaucoup plus rapide, le malade ayant la satisfaction d'apprécier la fin du malaise commençant. La morphine destinée à la voie hypodermique fut donnée sous forme de pastilles. Quoique complimenté journellement par son cousin et par nous-même de la ponctualité avec laquelle il suivait son traitement, notre *confrère* déclarait que ses malaises étaient si légers qu'il n'y avait de sa part aucun mérite à suivre de près son programme.

Il était quelquefois lui-même surpris, et

nous demandait si nous ne l'avions pas hypnotisé pour la réalisation de nos désirs. Il y eut une fois un commencement de cette nostalgie mentale qui est beaucoup plus pénible à supporter, que la douleur même, mais elle fut facilement combattue par de fréquentes applications de courant galvanique, l'anode sur la nuque et la cathode sur le front. Il prit de la spartéine pendant toute la durée du traitement, ainsi que du bromure de sodium, et eut recours à la faradisation et à la trinitrine toutes les fois qu'il ressentit quelque agitation. Malheureusement, lorsqu'il arriva à se contenter d'un centigramme par la bouche, il fut pris d'attaques répétées de toux convulsive avec paroxysmes contre lesquelles nous essayâmes en vain tout ce que lui et nous pûmes imaginer. Badigeonnages de nitrate d'argent sur le pharynx, applications locales de cocaïne, fortes doses de bromure, inhalations d'éther, et injections hypodermiques de phosphate de codéine, en même temps que beaucoup d'autres sédatifs et antispasmodiques, tout fut employé sans succès. La toux semblait cesser sous l'influence de l'éther, comme aussi dans la chambre chaude de bain turc ; mais il était, naturellement, impossible de continuer ce traitement sans interruption, et le malade reprit, temporairement, une petite quantité de morphine.

nous promettant de l'abandonner dès qu'il se trouverait dans un climat plus chaud. A notre avis cette toux était neuromimétique, d'autant plus que, pendant toute la durée du traitement, nous avions remarqué chez lui un degré presque féminin de sensibilité à d'autres égards. Il faut dire aussi que, quoique lors de l'institution du traitement, il eût été convenu entre le malade, son cousin et nous, qu'une surveillance active serait exercée, le manque absolu de tout symptôme désagréable avait amené un certain relâchement et au dernier moment il avait certainement dépassé ses forces. Nous ne savons comment finit ce cas intéressant ; mais comme le malade, bientôt après, fit un voyage long et difficile et que nous ne l'avons jamais revu, il est vraisemblable qu'il aboutit à une rechute complète.

Un notaire, âgé de trente-cinq ans, s'adonnait depuis un peu plus de dix ans à la morphine, dont la pratique lui avait été enseignée par son médecin, à propos de coliques hépatiques. Le praticien en question semble certainement avoir été coupable, ayant propagé l'usage de la seringue parmi ses malades de la manière la plus imprudente, en en laissant l'emploi à leur propre discrétion.

Il en résulta que, dans une seule petite ville de province, notre correspondant con-

naissait au moins une douzaine de morphinomanes. Mais malheureusement, l'habitude une fois prise, le docteur n'avait pu la surmonter ; il paraissait du reste penser que c'était purement et simplement une question de volonté, et que le malade pourrait en cesser l'usage lorsqu'il le voudrait. Après plusieurs tentatives infructueuses, ce dernier se décida à venir à Paris ; lorsqu'il partit, son corps et ses membres étaient tellement couverts d'abcès, et sa santé en si mauvais état, que personne n'espérait le voir revenir vivant.

Le tableau des doses du cas précédent s'adresse exactement à ce malade, à l'exception de plusieurs rechutes dues à l'essai de différentes méthodes thérapeutiques qu'il voulut essayer, pendant lesquelles nos relations professionnelles furent du reste suspendues. Un temps appréciable fut perdu grâce à la cocaïne, une semaine entière à la suite d'une indigestion grave, quelques jours enfin par un abus de bromidia.

Dans aucune autre occasion, nous n'avons mieux vu le confirmation du rôle joué par le cœur comme cause du besoin, et de l'importance des toniques du cœur dans la cure de la morphinomanie. Jusqu'au huitième jour du traitement poussé aussi rapidement que possible, nous ne donnâmes de succé-

dané d'aucune sorte ; mais ce jour-là nous écrivîmes la note suivante :

« Vu M. X... un quart d'heure avant le moment de faire son injection. Il était déprimé, inquiet, en pleurs et se plaignait de douleurs vagues au voisinage du cœur ; il nous dit qu'il renoncerait plutôt sur le champ au traitement que de continuer à souffrir autant. Ci-joint le tracé de son pouls :



Fig. 6
Exemple de défaillance cardiaque dû au besoin de la morphine.

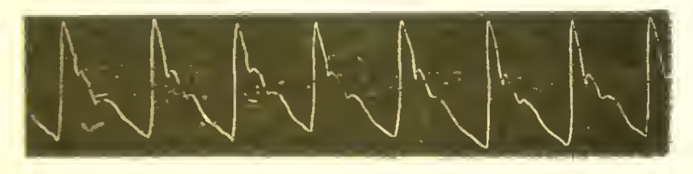


Fig. 7
Rétablissement du pouls par la morphine.

Nous lui expliquâmes alors que, quelque désir que l'on ait de réduire la quantité journalière de morphine aussi vite que possible, et d'éviter l'administration de succédanés aussi longtemps qu'on peut s'en passer, il

n'est jamais utile d'atteindre un degré de souffrance correspondant au premier des tracés ci-dessus. Un tel tracé est, au contraire, l'indication d'un ralentissement dans la marche de la réduction (nous avons diminué de 40 à 18 centigr., c'est-à-dire un peu plus de la moitié de la quantité prise en huit jours), ou de la nécessité d'administrer un tonique cardiaque. Nous prescrivîmes un peu de digitale, et pendant le reste du traitement il n'y eut plus de perturbation cardiaque, le tracé suivant étant le plus mauvais que nous obtînmes :

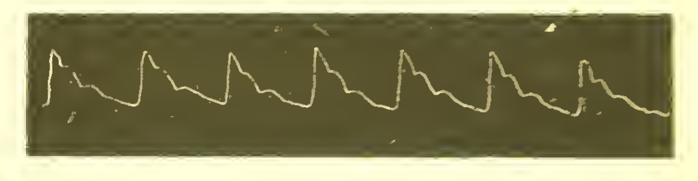


Fig. 8

Etat de besoin modifié par l'administration de la digitale.

Le principal intérêt de ce cas, cependant, porte sur sa terminaison qui fut satisfaisante grâce à l'emploi du bain d'air chaud le soir après la dernière dose de morphine. Celui-ci amena un sommeil réconfortant, quoique, quelques heures à peine auparavant, le malade désespérait de pouvoir achever la nuit (1).

(1) La suite de l'histoire de ce cas se trouve au

Il est interessant a remarquer que nous soignions à la même époque un médecin qui parlait toujours avec la plus grande confiance de la puissance de sa volonté, et de la certitude qu'il avait de vaincre son penchant, pourvu que nous puissions le faire dormir. Ce qui est assez curieux c'est que l'administration d'hyoscine par le rectum lui procura régulièrement douze heures de sommeil, résultat que nous n'avons jamais rencontré depuis. Malgré cela, nous ne fûmes pas autrement surpris d'apprendre un matin qu'il avait disparu. Comme nous l'avons dit et répété, un morphinomane qui désire guérir doit le vouloir réellement, mais les protestations d'énergie ne sont pas une preuve de force. Les malades qui ont trop de confiance en eux-mêmes sont souvent disposés à modifier le traitement à l'insu de leur médecin, selon leurs propres idées, au lieu de s'assurer que les échecs passés sont la meilleure preuve de leur incapacité.

Il vaudrait beaucoup mieux qu'ils se mettent résolument entre les mains de leurs conseillers. Le meilleur criterium du désir sincère est le consentement à toutes les conditions établies et plus particulièrement à celles dont ils ne comprennent pas l'importance.

dernier chapitre, dans la note à propos de la codéine.

Le dernier cas de guérison est celui d'un monsieur qui avait pris de la morphine pendant quatorze ans, et qui, une demi-douzaine de fois au moins, s'était fait soigner dans des établissements spéciaux.

Les grands obstacles à sa guérison étaient de violents maux de tête, ainsi que des phénomènes d'excitation cérébrale qui se présentaient chaque fois qu'il se trouvait en état de besoin. Particularité intéressante, ce cas est le seul dans lequel je pus observer constamment la persistance et même l'accroissement du pouvoir sexuel.

Le malade avait une nombreuse famille, le plus jeune de ses enfants était âgé de six mois, et le seul dont la santé était délicate était l'aîné, né cependant avant que le père ne devînt morphinomane. Le gelsemium et la codéine réussirent pleinement à calmer les douleurs, et pendant la dernière semaine, le malade prit des bains turcs régulièrement. Peu de temps après la terminaison heureuse de sa cure, il se mit à boire énormément, ce qui l'amena bientôt à revenir à la morphine (1).

(1) Les cas relatés dans ce chapitre sont tirés de notre édition de 1890. Nous les avons conservés, non pas comme exemple de notre traitement, mais à cause de certains points intéressants.

CHAPITRE X

Les observations suivantes, montrent ce que peut espérer un malade à l'égard de la suppression de la souffrance lorsqu'il consent à se laisser diriger.

Nous avons déjà dit bien des fois, et nous dirons encore, que la grande difficulté n'est pas de guérir le malade obéissant, mais d'obtenir du malade qu'il se laisse soigner et qu'il n'entrave pas le succès du traitement par ses propres interventions et imprudences.

Dans quelques-uns de ces cas la durée du traitement paraîtra un peu longue, surtout si on la compare avec celle des sevrages obtenus en deux ou trois semaines, mais il faut noter que lorsque le traitement est terminé, le malade est vraiment guéri et qu'il est prêt à reprendre partout sa place d'autrefois.

Nous avons parmi nos notes les observations de nombreux malades que l'on pouvait considérer comme ayant été guéris en moins d'un mois. Mais quoique la morphine leur ait été supprimée, ils prenaient encore l'un quelconque de ses adjuvants, ce qui était presque aussi mauvais.

Dans des statistiques, de tels cas pourraient aisément être comptés comme des guérisons, en ce sens qu'il y a suppression de la morphine : mais en réalité, il n'en est rien.

On ne peut vraiment dire qu'il y a guérison que lorsque tous les médicaments ont été supprimés ; on ne peut être absolu en pratique, mais la meilleure règle est certainement d'éviter à la fin, tout ce qui se rapproche, même très légèrement, de la morphine.

Il vaut mieux fixer un temps plus long pour atteindre un résultat authentique que de prétendre obtenir une guérison, qui demande des semaines de traitement, en substituant quelque autre drogue ; en effet il est très fréquent de voir le malade retourner à la morphine avant la suppression complète de son succédané.

La codéine et l'héroïne les débarrasseront l'une et l'autre de tout désir de morphine, car ce sont pratiquement des dérivés ou des analogues de la morphine d'une éner-

gie beaucoup plus grande ; mais quand vient le moment de renoncer à ces médicaments, le malade trouve souvent sa situation plus mauvaise encore qu'auparavant.

Nous avons souvent vu remplacer peu à peu la morphine par la codéine, et plus récemment par l'héroïne ; et du moment où la morphine était supprimée, le malade se considérait comme « pratiquement guéri » ; mais cela était si peu le cas, et si difficile était l'abandon du succédané, que le malade était généralement alors obligé de retourner à la morphine avant que celle-ci pût être finalement supprimée.

Il semble à peine croyable qu'un morphinomane à deux doigts de la guérison, et qui a montré jusque-là la plus grande ponctualité dans l'exécution de son traitement, soit incapable de poursuivre jusqu'à la fin ce dernier, dont il a pourtant éprouvé l'efficacité, et qui ne requiert plus, pour un plein succès, que quelques jours encore de fermeté.

Nous avons vu fréquemment, cependant, des malades, qui étaient arrivés à ne plus prendre que 0,02 ou 0,03 ctgr. de morphine par le rectum, et qui jusqu'alors n'avaient ressenti aucun malaise, incapables de résister, par exemple, à la tentation de dîner avec un ami. Dans pareille circonstance, le manque absolu de souffrances dans le passé

a été sinon un encouragement, du moins une excuse à « un bon dîner », dont la conséquence fut ordinairement un retour temporaire à la seringue.

La première de nos observations représente un cas idéal, chaque incident possible ayant été prévenu par l'application ponctuelle des moyens capables de neutraliser chacun des facteurs du besoin.

En pratique cependant on trouvera presque toujours des incidents et des temps d'arrêt, qui ne disparaîtront que lorsque le malade aura compris le plan du traitement, et se sera définitivement décidé à se laisser diriger. Nous avons déjà plusieurs fois dit ou fait entendre, mais vu son importance nous le répéterons une fois de plus, que plus le traitement aura été libre de malaises, et plus il sera nécessaire de prendre jusqu'au bout chacune des précautions indiquées ; en effet la moindre négligence peut laisser renaître le besoin, qui au contraire est entièrement soumis lorsque toutes sont observées.

Il n'y a jamais alors de peine à abandonner la seringue, et à réduire peu à peu l'injection rectale jusqu'à quelques centigrammes. La fin n'est plus éloignee que de quelques jours, et si le patient continue à observer la méthode aussi scrupuleusement qu'il vient de le faire pendant un mois ou à

peu près, on peut être sûr du résultat. Mais il doit continuer à agir ainsi. Laissez-le succomber à la tentation qui le pousse presque toujours, à cette période, à échapper à tout contrôle, et ce premier manque de volonté (1) sera sûrement suivi par d'autres. La routine régulière du traitement est remplacée par un régime de caprice et d'indulgence, et quoiqu'il puisse n'y avoir là ni désir ni intention de retourner à la morphine, si l'erreur n'est pas rapidement reconnue, l'on court fatalement à la rechute.

Observation I. — M. S. I... âgé actuellement de 31 ans, quoique de tempérament un peu lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé.

Il y a une dizaine d'années il fut forcé par la mort de ses associés de prendre la direction d'une très importante maison de commerce aux affaires de laquelle il était à ce moment à peine initié. Son avenir ainsi que celui de sa famille dépendait de ses efforts, il fut donc obligé pour se mettre au courant de travailler jour et nuit.

Il y a neuf ans il fut pris subitement d'une

(1) Un morphinomane ne peut mieux montrer sa bonne volonté qu'en renonçant à toute initiative ; et la reprise de l'initiative avant le temps convenu (c'est-à-dire avant la fin du traitement) est la preuve de la défaillance de la volonté et du retour de la tendance à l'indulgence pour soi-même.

céphalée intense qui résista avec opiniâtreté à tous les traitements : cette céphalée s'accompagnait d'accès paroxystiques d'une telle violence qu'on fut à la fin obligé de le chloroformer.

Il consulta à cette époque, la plupart des grands spécialistes de l'Amérique et de l'Europe : les uns affirmèrent qu'il s'agissait d'une maladie fonctionnelle, hystérie ou neurasthénie ; les autres déclarèrent qu'il y avait probablement des lésions organiques. On allait l'opérer, d'après le malade, pour une tumeur cérébrale ; mais au dernier moment d'autres conseils prévalurent et l'on se contenta de lier des artères au niveau du cou. Au lieu de s'améliorer la situation empira et la douleur devint tellement atroce qu'il tenta deux fois de se suicider, la première fois avec de la morphine, la seconde avec de la strychnine. Mais les soins nécessaires lui ayant été donnés à temps ces tentatives n'eurent pas de suite. Il commença à prendre de la morphine il y a sept ans, et au bout de dix-huit mois lorsqu'il était arrivé à 30 centigrammes la douleur disparut complètement. Le malade qui avait appris le danger de la morphine parvint, aidé d'un parent médecin à s'en sevrer.

Les premier dix-huit centigrammes lui avaient pris huit mois et les douze autres — ce chiffre fatal de 12 centigrammes est à

noter — dix mois. L'état de besoin dans la deuxième période était presque insupportable. Pendant deux ans le malade ne souffrit pas et ne prit pas de morphine mais après une chute sur la tête les souffrances revinrent et les piqûres furent de nouveau nécessaires. Il avait atteint 54 centigrammes, dose qu'il prenait au moment où il vint nous consulter.

Le malade est un grand et bel homme qui semble respirer la santé, il n'a nullement l'apparence d'un morphinomane. L'œil est clair et vif, le teint frais et reposé. Il nous apprend du reste qu'il est extrêmement sobre et qu'il ne fume pas. Nous avons déjà dit dans un autre mémoire que c'est surtout l'abus de l'alcool qui hâte l'apparition du morphinisme et que les morphinomanes abstentionnistes peuvent user et abuser longtemps de la morphine sans effets fâcheux.

M. X... ayant consenti à se fier à nous et à obéir ponctuellement et sans discussion à toutes nos injonctions, nous répondîmes du succès, pourvu qu'il tint ses engagements, et pourvu qu'après la suppression les douleurs de tête causes premières de l'habitude à combattre ne revinssent pas de nouveau,

Le patient commença le traitement le 10 septembre à la dose de 55 centigrammes. Il possédait une collection de tabloïdes de 1/6, de 1/4 et de 1/3 de grain, de sorte qu'il

serait difficile de suivre la réduction si nous transcrivions les chiffres marqués dans nos notes. En les ramenant tous à des quarts de grain (0,15 centigr.), nous trouvons que le premier jour il en prit 37 (55 centigr.), et que la réduction se fit jusqu'au 2 octobre, jour de la cessation totale des injections sous-cutanées, dans la progression suivante : le 11, 35 ; le 12, 32 ; le 13, 29 , le 14, 26 ; le 15, 24 ; le 16, 22 ; le 17, 20 ; le 18, 18 ; le 19, 16 ; le 20, 15 ; le 21, 13 ; le 22, 11 ; le 23, 8 ; le 24, 6 ; le 25, 7 ; le 26, 5 1/2 ; le 27, 6 ; le 28, 6 ; le 29, 5 ; le 30, 4 ; le 1er octobre, 2 1/2 ; le 2, 1 1/2.

Le 14 il prit 0,03 centigr. par le rectum en se couchant, le 15 0,09 centigr. et jusqu'au 23 il continua la réduction hypodermique sans augmenter la dose rectale toujours de 0,09 centigr.. prise le soir pour assurer le sommeil. A partir du 23 les injections rectales sont données à des doses croissantes et plus souvent dans la journée pour compenser l'insuffisance de la morphine par voie hypodermique.

Au 23 nous sommes arrivés exactement au chiffre du coefficient vital. Le malade prenait alors 0,12 centigr. Le jour suivant la dernière injection de morphine, le 3 octobre, la dose rectale était de 24 quarts de grains (0,36 centigr.).

Jusqu'au 24 septembre chaque matin le

malade disait en se réveillant qu'il avait passé une nuit « splendide ».

Il ne sentait pas encore le besoin de sa dose de morphine à l'heure de son déjeuner. Au lieu de se trouver dans un état de semi-prostration jusqu'à ce qu'il eût pris sa dose, il se réveillait frais et dispos et aurait pu attendre sa morphine sans souffrance, si nous l'avions exigé. Il se levait aussitôt après sa piqûre et passait toute sa matinée au travail.

Le 24 nous découvrîmes que nous avions fait confusion entre les différents tabloïdes, et qu'il avait eu 6 tabloïdes de 1/6 de grain au lieu de 6 quarts de grain, c'est-à-dire, trois centigrammes en moins de sa ration régulière.

Nous attendîmes avec quelque appréhension le réveil du malade, car nous craignions qu'il n'eût passé une mauvaise nuit, et qu'il ne se fût réveillé en état de besoin ; mais à 8 heures, il nous dit qu'il attendait sa morphine, mais qu'il ne s'était réveillé qu'un quart d'heure auparavant, ne s'étant endormi que vers 12 h. 30 au lieu de 11 h. 30, son moment habituel.

Le 27 il ressentit un peu de malaise que l'extrait de coca fit passer comme par enchantement ; nous fîmes la remarque qu'il avait dans la matinée mangé un peu de viande ; nous sommes ainsi que le malade

convaincu que le malaise était dû à cet écart du régime végétarien.

Le patient prend de la digitale, le sphygmographe ayant démontré une certaine faiblesse du cœur même en état de satisfaction ; c'est cependant, paraît-il, son état normal.

Le 29 une mauvaise nuit, c'est-à-dire qu'il n'y a eu que trois heures de sommeil mais l'insomnie n'était pas accompagnée de besoin. En général les malades exagèrent afin de se faire prescrire des narcotiques.

Il reconnut lui-même, ce qui montre sa loyauté, qu'il n'y avait eu qu'une simple insomnie sans malaise aucun.

Nous lui rappelâmes que ce cas avait été prévu et que nous ne devions lui donner aucun médicament hypnotique d'aussi bonne heure dans la suppression, l'administration de ce genre de médicament à ce moment, nous privant d'un moyen de traitement souvent fort utile vers la fin. Nous préférions ralentir la suppression de la morphine plutôt que d'introduire un nouvel élément dans l'intoxication, élément qui devient presque toujours une complication, et qui est capable de compromettre le résultat final.

Malgré cette insomnie le patient n'a pas songé à prendre sa dose de midi avant 4 heures (les doses sont prises cinq fois par jour à 7, 9, 12, 7, 10 heures, mais le patient

peut les ajourner s'il le juge convenable). N'ayant par conséquent, pas eu besoin de sa dose de 7 heures, il l'a gardée jusqu'à dix heures. A ce moment les deux doses ont été prises ensemble.

30 septembre. — La nuit a été « splendide ». Le patient nous a fait observer lui-même que lorsqu'il reconnaît avoir passé une nuit « splendide » il ne veut pas dire qu'il dort comme avant de commencer le sevrage. C'est mieux encore, il n'a jamais si bien dormi que depuis qu'il a commencé la suppression.

Le 1er octobre le patient parut souffrir de besoin vers 6 heures du soir, mais nous reconnûmes alors qu'il avait oublié de prendre sa ration de midi. L'ayant prise avec un peu de coca tout rentra dans l'ordre. Après le dîner il nous sembla un peu nerveux et moins à son aise que d'habitude. Nous lui fîmes rappeler qu'il ne devait pas, dans l'intérêt même du traitement, chercher à supporter une diminution trop pénible et nous lui proposâmes un supplément de morphine, presque malgré lui, nous lui donnâmes un centigramme, par la peau et deux tabloïdes par le rectum. Nous avons reconnu qu'il valait mieux agir ainsi ; car si le malade, en cherchant à tenir bon aussi longtemps que possible, commence à s'énerver, il peut arriver lorsqu'il se décide à réclamer, que le

vrai besoin se trouve aggravé par le besoin nerveux, et qu'il faille alors une plus forte dose pour calmer l'un et l'autre.

Dans le courant de la soirée nous avons découvert que le besoin avait été causé par le mauvais fonctionnement de la seringue rectale. Il fut reconnu qu'une grande partie de la solution avait été perdue. Il n'y avait donc pas eu en réalité de supplément de morphine, mais l'incident servit à prouver au malade que dans la méthode que nous employons, nous allons vraiment au-devant des réclamations possibles dues à la souffrance.

3 octobre. — Le malade reçut sa dose à 7 heures ; mais il s'est rendormi aussitôt jusqu'à 9 h. 30, sans l'avoir prise. Il faut remarquer que c'est le premier jour sans injection hypodermique. La tabloïde s'étant égarée il n'osa pas envoyer nous en réclamer, de peur que nous ne le soupçonnassions d'une tentative de supercherie. Il prit de la coca pour la remplacer, ce qui réussit fort bien ; il peut ainsi patienter jusqu'à 10 h. lorsqu'il retrouva sa dose. Malgré cela et malgré la certitude que nous avons maintenant de le guérir, il n'avait du reste qu'à comparer l'absence de souffrances actuelleavec les tortures de sa première cure, il nous répéta plusieurs fois qu'il lui semblait impossible de passer toute la journée sans piqûre.

Le 4 octobre. — C'est la première nuit qu'il passe sans piqûre, il réclame sa morphine à 4 heures du matin. Nous lui fîmes donner aussi 2 cc. de méco-narcéine à 4 et à 6 heures. Chaque centimètre cube contient un demi-centigramme d'alcaloïde.

La journée n'aurait pas été bonne sans cela car si la méco-narcéine et le bromure n'avaient pas été administrés il y aurait eu du tiraillement. Le malade a pris ces jours-ci de l'extrait fluide de coca.

5 octobre. — A 7 h. 30 le malade n'était pas encore réveillé. La nuit avait été « splendide ». C'est ce qui doit arriver à cette période du sevrage au moment où le malade quoiqu'ayant mis la seringue de côté prend le maximum de solution rectale. Aussi les légères menaces de tiraillement seraient difficiles à expliquer s'il n'était évident qu'elles avaient été causées par l'appréhension extrême qu'avait le malade de la suppression des piqûres.

La dose de 9 heures a été supprimée, et la deuxième ne se prend qu'à midi, mais pour éprouver le patient nous lui donnons cette dose avec celle de 7 heures. A 10 heures il commence à songer à la prendre, mais 60 gouttes d'extrait de coca eurent un effet surprenant, faisant passer toute velléité de morphine et lui faisant oublier de la prendre à midi. De nouveau à 4 h. 30 soixante gout-

tes de eoca lui permirent d'attendre jusqu'à 6 h. 15, il fit alors la remarque qu'il se sentait beaucoup plus fort que la veille à la même heure. Le matin au moment de prendre la eoea il était étendu sur un canapé, se sentant fatigué ; mais le rétablissement de l'énergie était si complet qu'il avait cherché quelque chose à faire, il était allé et revenu à pied jusqu'au bureau de poste distant de trois kilomètres.

6 octobre. — Le malade avait passé une bonne nuit, mais attendait sa morphine à 7 heures. Pour faire une nouvelle expérience nous le priâmes de remplacer par du bicarbonate de soude la morphine, et de ne prendre celle-ci, que lorsque l'effet calmant du bicarbonate de soude, se serait dissipé.

Le bicarbonate ramena un état de bien-être qui dura une heure et demie, se dissipa et la morphine ne fut prise qu'à 8 h. 30.

Le soir il demanda sa dernière ration à 8 h. 45. Il y avait eu de la pluie et du vent toute la journée et M. X... était fatigué de jouer au billard et au ping-pong, jeux qui demandent beaueoup d'activité. La figure nous parut fatiguée et légèrement bouffie. Nous le priâmes donc d'essayer d'abord de la eoea, non pour retarder l'administration de la morphine que nous lui offrîmes en même temps, mais pour nous rendre compte de l'effieaeité de la coea pour retarder le

besoin. Il prit 60 gouttes et rentra dans sa chambre. Une heure plus tard il était complètement à son aise, et ne prit sa morphine qu'à 10 heures.

Les 7, 8, 9 et 10 octobre, rien à noter, excepté que le malade nous paraissant énervé et ayant l'air un peu congestionné après le dîner, nous avons procédé très doucement avec la réduction, administrant du bicarbonate de soude, de la coca et de la méco-narcéine. Les deux dernières nuits le sommeil a été troublé par un besoin nerveux d'uriner. Le 10 le malade s'est réveillé à 4 heures et nous demanda de la morphine à 5 heures. Il a fallu lui en donner par conséquent un peu plus dans la journée ; mais le malade sachant que nous ne lui refuserions rien n'a demandé que tout juste ce qui lui était nécessaire pour ne pas souffrir, c'est-à-dire un centigramme de plus. Pour les sept derniers jours la ration a été la suivante :

4 octobre :	5,	6,	7,	7.		
5	—	6,	6,	6,	6.	
6	—	6,	6,	5,	6.	
7	—	6,	6,	4,	7.	
8	—	6,	5,	6,	5.	
9	—	5,	5,	6,	5.	
10	—	5,	4,	2,	7,	4.

Tous ces chiffres sont en quarts de

grain = 0,15 centigr. Nous donnâmes le soir, 0,3 de dionine en potion.

Le 11 et le 12, nous avions donné, 5, 4, 5, 5 quarts de grains et nous avions noté ces chiffres supposant que le patient avait gagné 3 quarts de grain sur la journée du 10, chaque soir, et avait pris 0,04 centigr. de dionine.

Le 13, il nous dit en riant qu'il avait un cadeau à nous faire, et nous rendit deux tubes contenant chacun cinq tabloïdes de morphine ! !

Il n'avait pris que 14, au lieu de 19 quarts de grain auxquels il avait droit, et les deux tubes représentaient les deux rations du soir.

Le 10, il avait pris la dionine et selon nos instructions s'était couché sans prendre de morphine afin de supprimer tout ou partie de celle-ci selon l'effet obtenu par la dionine. Il s'était endormi de suite et ne s'était pas réveillé avant 7 heures du matin.

Le 12 il en fut de même que la veille, le patient ne se réveillant qu'à 5 heures.

Aujourd'hui il a pris 2, 3, 4. 5 quarts de morphine et 4 centigr. de dionine en se couchant. Le soir il ne prend plus de morphine.

Le 14 novembre, nous voulions voir s'il n'était pas possible de remplacer entièrement la morphine par la dionine. A 7 heures il prit

4 cent. de celle-ci ; mais une heure après il fut obligé de réclamer de la morphine (4 quarts). A midi, 4 quarts. A 8 heures nous devions aller au théâtre et il demanda 5 quarts. Il fit observer que jamais il n'en avait eu autant besoin, mais qu'il aurait tout de même pu attendre une heure.

Au théâtre il prit de la coca.

La morphine de la journée avait été de 4, 4, 5 quarts et 4 cent. de dionine en se couchant.

Le 15 : 4, 4, 4 quarts de morphine.

Dans la soirée comme il avait été convenu qu'il devait essayer le courant, pour éviter les malaises à craindre si la diminution était plus rapide, nous fîmes l'essai de l'appareil pour nous rendre compte de sa susceptibilité spéciale. En quelques instants il fut endormi et ne se réveilla que quarante minutes plus tard. Il nous demanda alors si nous ne l'avions pas hypnotisé.

Cette question nous suggéra l'idée de tâter sa susceptibilité hypnotique, dans le cas où un retour de sa douleur ou toute autre circonstance imprévue indiquerait son emploi.

Le remettant dans le fauteuil et nous plaçant derrière lui, le fixant d'en haut, en moins de trois minutes nous avons pu l'endormir profondément. Nous n'avons pas jugé bon de le suggestionner la première fois.

Le matin, dionine : 4 cent., morphine 4, 4, 4 quarts.

Le soir : dionine, 6 cent.

Le 16 novembre : Une réduction de trois quarts de grain de morphine dans la journée. La dernière dose ne devant être prise qu'à 7 heures, à 5 heures, le malade en avait déjà le désir. Il se trouvait sur le boulevard et se rappelant que nous avions autrefois démontré qu'on pouvait retarder et atténuer le besoin, en faisant arriver d'autres stimulations au sensorium, il s'installa au Palais du phonographe, plaqua les deux récepteurs contre ses oreilles et pendant deux heures des morceaux de concert, solo, de soprani, de tenor, marches militaires et sélections d'opéra à grand orchestre lui tinrent lieu de morphine. Ceci se renouvela chaque fois qu'il en fit l'expérience.

Doses : dionine : matin, 3 cent. ; morphine, 3, 3, 3 quarts.

Dionine : le soir, 6 cent. 17 nov., mêmes doses et incidents qu'hier. Inhibition phonographique du besoin de 5 à 7 heures.

18 novembre : Depuis quelques jours le malade a un peu de lumbago, le soir après le dîner, toujours supprimé par une séance de faradisation.

Ce matin un léger mal de tête que fait disparaître un faible courant galvanique cérébral.

Nous n'avions plus de tabloïdes à un quart de grain.

Les doses ont été de 4, 4, 6 centigrammes.

23 novembre : Il n'y a eu rien à noter depuis le 18 sauf que le patient est généralement dérangé la nuit par des besoins d'uriner, non pas nerveux, mais causés par une diurèse abondante.

Il prend de la dionine à 6 heures, à 7 heures de la morphine.

Il passe toute la matinée à travailler à ses comptes et à sa correspondance. A midi deuxième dose de morphine.

La troisième dose à 7 heures et le soir de la dionine.

Aujourd'hui il a pris 2 cc. de méco-marcéine vers 4 heures. La digitale a été momentanément supprimée à cause de la diurèse.

Trois grammes de bromure par jour. Coca, lécithine.

Le 24. Morphine, 2, 2, 2, quarts de grain journee excellente.

A l'heure du coucher il tombait de sommeil. douleur lombaire enrayée de nouveau par la faradisation.

25 nov. 1 1\|2, 1 1\|2, 2 quarts de grain de morphine.

26. 1, 1. 2 quarts de grain de morphine. Dionine 3 cents le matin, 8 cents le soir ; méco-narcénie 2 cc. deux fois dans la journée.

27 novembre. Morphine 1, 1 1|2, 1, 3/4 de grain en tout. Dionine comme hier.

La nuit a été un peu agitée. Des alternatives de deux heures et demie de sommeil et d'une heure et demie d'insomnie répétées trois fois. Mais malgré tout sept heures au moins de sommeil.

En se couchant ce soir il se montra pour la première fois mécontent et se plaignait de se sentir « très mal » « partout ».

Nous le priâmes alors de commencer par prendre de la dionine lui promettant que quand même cela devrait retarder un peu la guérison, nous lui donnerions quelque chose qui le soulagerait entièrement. Une demi-heure plus tard nous le trouvions couché sur le côté ; il répondit toujours qu'il ne se sentait pas bien, il était évident qu'il faisait une crise nerveuse.

Les mains étaient froides, la circulation mauvaise. Nous nous décidâmes à lui donner au besoin un supplément de morphine, mais convaincus que la souffrance était nerveuse, nous crûmes meilleur d'essayer d'abord de l'hypnotisme.

Après un temps assez court de fixation nous lui fermions les paupières, et nous répétions de plus en plus doucement la suggestion de sommeil. Lorsque la respiration qui avait été d'abord entrecoupée et suspirieuse fut devenue calme et régulière nous

lui intimâmes l'ordre de dormir. Une heure et demie après à 11 h. 30 le patient dormait paisiblement, de même à 1 heure.

A 4 heures il nous fit demander, se plaignant de souffrir depuis 3 heures.

Il venait seulement de prendre le tabloïde en supplément que nous lui avions laissé à 10 heures du soir. L'hypnotisme lui avait donc donné trois heures de sommeil excellent.

Constatant que les mains étaient froides, et le pouls faible, nous donnâmes un peu de cognac.un centigramme et demi de spartéine 2 cc. de méco-marcéine et une cuillerée à café d'élixir parégorique.

Le 28, le malade s'est plaint de douleurs de ventre. mais il parait qu'à l'état normal il souffre de diarrhée et de coliques, il a passé la soirée au café avec des amis, très gai et très dispos. En revenant à 11 h. 30 il commençait à être mal à son aise depuis une demi-heure. Morphine 1, 1, 1.

Il avait été convenu que M. de X... ne devait réclamer aucun médicament hypnotique contre l'insomnie non accompagnée de sensations de malaise, mais il nous parut évident qu'il supporterait mal le manque de sommeil, nous lui donnâmes par conséquent en se couchant 1,50 de trional morphiné.

Le 29, la morphine est prise en deux fois au lieu de trois, 1 1/2 tabloïde chaque fois.

Le 30, morphine, 1 tabloïde deux fois. Le soir un gramme de trional et 4 centigr. de dionine.

Le 31 octobre, M. X... prit sa dernière dose de morphine, le matin à 6 h. méco-narcéine 4 cc. à 8 h. coca, digitale. Il ne devait prendre la morphine que vers dix heures, mais nous lui assurâmes que s'il y avait la moindre souffrance nous tenions quelque chose en réserve. Cette première journée sans morphine a été excellente et le patient n'a rien demandé, se trouvant mieux qu'il ne l'avait été depuis huit jours.

1er novembre, un peu de diarrhée, cet accident est constant avec la méthode rapide mais la diarrhée est alors incoercible. Jamais aucun des malades traités par la méthode lente n'a souffert de cette incommodité, mais M. X... comme nous l'avons déjà fait remarquer y est prédisposé ; nous ajoutons aux autres médicaments 2 centigr. d'érythroxyline avec un milligramme de strychnine deux fois dans la journée.

Le 2 novembre, le patient se sent, dit-il lui-même, de plus en plus fort et énergique. Nous avons supprimé depuis trois jours le bromure qu'il prenait, sans que cela ait été noté ici, depuis quelques semaines.

Ayant une grande correspondance, il avait remarqué que sa mémoire s'affaiblissait et qu'il trouvait plus difficilement les mots.

Il ne prenait cependant que trois grammes par jour.

12 novembre. Depuis dix jours le patient ne prend plus ni morphine ni bromure mais continue les autres médicaments que nous avons mentionnés, selon les indications. A partir d'aujourd'hui il ne doit prendre que de l'extrait fluide de coca et du trional. Mais ces deux derniers doivent être supprimés également avant qu'il ne puisse se considérer comme guéri. Depuis deux ou trois jours le patient a essayé de la trinitrine mais l'effet n'a pas été heureux.

Il a saigné du nez, chose qui ne lui arrive jamais, et il nous a effrayé ce matin en déclarant qu'il avait un mal de tête *épouvantable*. Il nous pria de lui donner quelque chose qui pût le soulager. Nous lui fîmes une application du courant continu, le pôle positif à la nuque, le pôle négatif sur le front. A 1 milliampère, le courant produisait un effet désagréable (4 éléments). Le courant provenant de 2 éléments n'avait aucun effet. Renversant le courant au bout de quelques minutes, la douleur se trouva calmée. Nous lui proposâmes de faire suivre, comme nous l'avions fait auparavant, l'application électrique d'une séance d'hypnotisme et bientôt il s'endormait profondément ; après l'avoir plongé dans un sommeil aussi profond que possible nous lui dîmes que nous allions

le réveiller, mais que peu de temps après il devait se coucher et s'endormir, sans prendre de coca, du trional seulement. Le résultat fut parfait, aussitôt après avoir pris le trional il s'endormit, ne se réveillant qu'à 2 heures pour uriner, il se rendormit immédiatement après avoir pris de la spartéine et se réveilla à 8 h. 45 seulement.

Le 14 novembre il fut décidé que les deux autres médicaments importants en commençant par la coca seraient supprimés. Il pourra reprendre de cette dernière plus tard si cela est nécessaire comme tonique général ; mais il faut d'abord qu'il s'assure qu'il n'a aucune difficulté à y renoncer.

Pendant quelques jours il prendra de la kola s'il le désire. Toujours un peu de diarrhée et des douleurs d'entrailles au moment d'aller à la selle, nous préférons ne rien prescrire sauf des perles de chloroforme avec de l'essence de menthe.

Le 14 novembre 40 gouttes de coca pour la dernière fois. Il passe la soirée au café et ses amis sont étonnés de sa bonne mine.

Le 15 odontalgie due à une dent cariée, soulagement momentané par une mixture de chloral, d'acide phénique, de camphre et d'essence de clou de girofles, mais la douleur revenant nous introduisons un fragment de cocaïne dans la cavité.

Le 18 novembre, retour de l'odontalgie : la

douleur d'entrailles persistant toujours, nous conseillons de remettre une bande de flanelle autour du corps, comme il avait eu l'habitude de le faire.

Le soir trional et hedonal chacun un gramme.

Le 19 novembre, M. X... ne prend plus aucun médicament soporifique ou narcotique. L'importance de ses affaires exige qu'il s'installe à l'hôtel où il pourra recevoir toutes les personnes avec lesquelles il est en relation. Il ne prend et ne doit plus prendre sans nous consulter que de la spartéine et de la kola. Il est en meilleure santé que depuis bien des années et ne ressent aucun besoin de stimulants quelconques. Il se considère malgré toutes ses appréhensions comme guéri et nous aussi nous croyons pouvoir l'affirmer.

Le seul de nos moyens de traitement que nous n'avons pas employé chez lui est le bain turc. Nous n'avons pas insisté, parce que le patient craignait beaucoup de se congestionner la tête. Il connaît les dangers qui le menacent et s'il ne se surmène pas — il est inutile heureusement de lui prêcher la sobriété — tout ira bien.

Le 27 novembre, M. X... est venu nous voir et sauf la diarrhée tout va bien. Il a cependant fait des imprudences à sa manière, écrivant fort tard dans la nuit, dans une grande pièce sans feu et en manches de chemise, il ne

portait qu'un pardessus d'été et ne doit, selon nous, pas se plaindre s'il voit persister la diarrhée. De légers maux de tête ont toujours été guéris de suite par le courant galvanique et depuis qu'il se sert du même courant mais beaucoup plus fort (comme le conseille dans ces cas le docteur Mattison), la douleur qui accompagnait la diarrhée disparaît également. Le courant continu l'a fait dormir chaque fois qu'il a dû s'en servir. Hier au soir par exemple il a commencé par dormir de 10 h. 30 à une heure : réveillé par la diarrhée, il emploie la galvanisation cérébrale et s'endort de nouveau de 1 h. 30 à 5 h. 30.

Le 29 novembre nous nous décidons enfin, vu l'opiniâtreté de cette diarrhée, à prescrire une mixture de coto, leptandra, ratanhia, et cannelle avec des cachets de résorcine, la première comme toni-astringent, les derniers comme antifermentescibles.

Le 1er décembre il semble que le malade est définitivement guéri, Grâce à la potion et aux cachets le patient qui s'est couché à 12 h. 30 n'a pas été dérangé de la nuit et ne s'est réveillé qu'à 11 h. 30 du matin.

Il est venu dans le courant de la journée nous rapporter que la diarrhée ayant été arrêtée il a dormi dix heures de suite.

Après s'être habillé il est allé une fois à

la selle puis a pris son médicament et n'a eu depuis ni douleur ni diarrhée.

Il a une mine excellente et se sent en parfaite santé, n'ayant aucun besoin ni même souvenir de la morphine. Depuis le 3 novembre il n'a pris aucun calmant ou hypnotique. Nous conseillons à M. X... de renoncer aussitôt que possible à la spartéine, mais de prendre à sa place du chlorure d'or et du sodium.

Nous pensions avoir terminé notre relation du cas de M. X..., mais un incident est survenu qui démontre que ce sont bien les médicaments prescrits qui ont si bien réussi contre les accidents intestinaux, qu'il n'y avait là, enfin, aucune coïncidence.

Appelé par ses affaires en Allemagne M. X..., nous écrit le 10 qu'il a été repris de sa diarrhée et de ses douleurs. Il n'avait ni médicaments, ni ordonnance, ni appareil électrique. Le Coto et la Leptandra étant des médicaments très peu usités, voulant être sûr de l'authenticité de ces produits, nous lui en fîmes expédier de Paris une provision. Dans l'ordonnance nous oublions de mentionner le Ratanhia.

Le 25 décembre, nous apprenons que les médicaments avaient eu l'effet voulu.

Le 6 janvier, nous avons reçu une lettre hier de M. X..., nous informant qu'il est en parfaite santé, les médicaments avaient

eu de nouveau une efficacité remarquable. Il n'a pas pris de morphine depuis plus de deux mois (le 31 octobre) : se sent et paraît en parfaite santé, et est parfaitement tranquille au sujet des retours du besoin de morphine.

Dans sa dernière lettre, il nous dit : « Ma
« santé est merveilleuse, plus de troubles
« de l'estomac, plus de rhumes (1), *plus rien*.
« Je me sens plus fort tous les jours. Cha-
« que nuit j'ai de huit à neuf heures d'un
« sommeil profond et sans interruption, et
« je marcherais des milles sans la moindre
« fatigue. Ma santé n'a jamais été meilleure,
« je suis enchanté de pouvoir vous le dire.
« A propos : Est-il naturel que je ressente
« maintenant une profonde horreur des nar-
« cotiques que j'avais employés pendant
« tant d'années ? Je ne puis bien vous expli-
« quer ce sentiment de haine que je ressens
« même pour le mot morphine. »

Cette observation se passe de tout commentaire ; mais nous dirons pour la compléter que notre ex-malade, homme extrêmement scrupuleux, est tellement convaincu de l'improbabilité de tout retour à la morphine qu'il vient avec notre pleine approbation de

(1) C'est une allusion à l'avertissement que nous lui avions donné de se couvrir bien et ne pas s'exposer aux refroidissements, les récents morphinomanes étant très sujets à s'enrhumer.

se marier. Sa nouvelle famille est au courant de ses antécédents, et à l'exception d'un seul, tous les médecins consultés ont conclu à son admissibilité au mariage.

Observation 2. — Le malade, un médecin marié, s'était adonné au laudanum il y a dix-neuf ou vingt ans, à Cambridge, le prenant comme stimulant cérébral pendant qu'il préparait le concours de mathématiques. Pendant quelque temps la dose ne dépassa pas quelques gouttes. Mais elle s'accrut graduellement, jusqu'à 80 ou 100 grammes par jour. A différentes reprises, il fit de grands efforts pour se guérir, la réduction progressive dura une fois de mai à décembre, pour aboutir à un échec. A citer, à ce propos, les propres paroles du malade. « Les tortures que j'ai ressenties durant cette tentative ne peuvent être comprises que de ceux qui ont passé par là » Depuis lors, quoique la rechute eût été rapide, les doses furent limitées, la quantité journalière variant entre 6 et 10 grammes. On peut dire que le traitement final a été commencé au mois d'avril, car c'est à cette époque que le laudanum fut remplacé par l'opium cru, d'abord pris à la dose de 0,60 centigr. par jour, puis de 0,40 et finalement de 0,20 centigr. L'on dut reconnaître, cependant, qu'il était impossible de diminuer cette dose journalière, qu'il

fallait même augmenter par les vents d'est ou les temps froids. Dès qu'il commença son traitement sous notre direction, les progrès furent réguliers et satisfaisants. Dire qu'il fut exempt de tout malaise serait une exagération ; mais pendant toute la durée de sa cure, il ne manqua jamais de manger journellement deux plats sains et abondants et grâce au galvanisme cérébral. de bien dormir. Il y eut des alternatives de constipation et de diarrhée, accompagnées de temps à autre de coliques violentes ; de plus, des maux de tête, de la faiblesse de corps et d'esprit, symptômes que l'on peut attribuer aux difficultés de la digestion (1).

Dès le commencement du traitement à Paris, la digitale fut donnée. des résultats très satisfaisants furent tirés de l'emploi de la nitro-glycérine, sous la forme des tablettes composées Burroughs et Wellcome, qui contiennent aussi du nitrite d'amyle et du capsicum.

La ration journalière, était prise en une seule fois, dès le matin ; et le malade. qui attendait sa dose d'opium de six a huit heures du matin s'endormait fréquemment après l'ingestion de la nitro-glycérine. économi-

(1) Le traitement de ce cas, il est bon de le remarquer, remonte à plus de dix ans. c'est-à-dire bien avant que nos moyens de traitement fussent aussi perfectionnés qu'aujourd'hui.

sant ainsi plusieurs heures, et prenant seulement l'opium à 11 h. ou midi. Un mois à peine après le début du traitement, nous présentâmes le malade à une réunion de la Société médicale de l'Elysée, où nous lûmes une courte note sur son cas ; le traitement semblait terminé avec un plein succès. Le jour suivant, cependant, le malade fut pris de diarrhée et de ténesme, avec frissons, prostration et crampes ; il prit peut-être froid en revenant, en voiture ouverte, de la réunion de la société, mais, ce qui mérite d'être noté, c'est qu'il ne ressentit aucun besoin d'opium. Ces symptômes durèrent plus d'une semaine, et le malade garda trois jours le lit.

Les intestins restèrent irritables jusqu'à ce que nous lui eûmes donné un peu de bromure de sodium, qui eut à cet égard les plus heureux effets.

Quelque temps après être rentré chez lui, il nous écrivit que le manque d'appétit et la diarrhée l'avaient d'abord fort tourmenté ; mais qu'il n'avait pas tardé à se remettre, et depuis à être aussi bien que possible.

En ce qui concerne les effets des différents médicaments dont on fit usage à cette occasion, rien n'est plus instructif que les notes prises par le malade lui-même, médecin du reste, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

Nitroglycérine. — 0,03 ou 0,04 milligr. calment l'agitation et le besoin d'une façon remarquable. Lorsqu'on l'emploie sous forme de pastilles concurremment avec le nitrite d'amyle et le capsicum, l'effet utile en est accru, et la période de bien-être peut durer deux ou trois heures de plus.

Galvanisation. — Sédatif excellent, son emploi est presque invariablement suivi de sommeil au bout de cinq minutes. Batterie de six à huit éléments ; pôle négatif sur le front, pôle positif sur la nuque.

Coca. — Certainement utile dans la période qui suit immédiatement la fin du traitement ; mais ne mérite pas tous les éloges qui lui ont été prodigués, action éphémère, même souvent nuisible à l'estomac.

Kola. — Semblable à tous les égards à la coca ; effets passagers ; excitant du cerveau ; de peu d'emploi.

Cannabis indica. — J'en ai pris autrefois des doses de 30 grammes sous forme de teinture, pendant la nuit, sans effet du reste, si ce n'est une forte sensation de lourdeur de tête, que l'on peut peut-être lui attribuer.

Bains turcs. — A la suite de l'un d'eux, une délicieuse sensation de repos persiste pendant quelques heures ; quant à leur mérite réel, je ne puis en juger, car j'étais

atteint de diarrhée rebelle au moment où je m'en suis servi.

Hydrasts canadenis. — Aucune valeur.

Bromure de sodium. — Nous placerons ce médicament parmi les sédatifs utiles après la nitro-glycérine et la digitale.

Nous recommandons fortement la *graine de lin* comme régulateur de l'intestin, je crois sage de continuer quelque temps l'usage de la *digitale*, sans laquelle le pouls n'atteint pas la tension normale.

La rapidité avec laquelle fut effectuée la suppression totale de l'opium pourrait faire supposer que son abandon n'offrait pas de réelles difficultés. Le malade, cependant, en était resté l'esclave pendant près de vingt ans, quoiqu'il eût tenté maintes fois de s'en guérir lui-même. Ce cas doit faire comprendre que ce qui est presque impossible pour un malade lorsqu'il ne peut compter que sur son énergie morale devient relativement aisé avec une méthode convenable, surtout lorsque le malade a assez de force d'âme pour annihiler complètement sa volonté (1).

(1) Nous ne connaissons qu'un cas rapporté tout au long dans la 1re édition de ce livre (1890, p. 82), dans lequel un malade ait été capable de se guérir seul, sans aucune surveillance ; mais il faut dire que ce malade venait d'être désigné à un poste officiel très élevé, et que sa volonté était secondée par le désir ardent de se distinguer. Il n'était morphino-

Parmi les médicaments employés, quelques-uns furent très utiles, les autres le furent moins. Nous n'avons pas donné ici la marche journalière de la réduction, car il n'y eut à ce propos aucun incident digne d'être noté. Du premier au dernier jour, la réduction escomptée fut accomplie, et la dernière dose d'opium prise le jour prévu.

Après un voyage, pour raisons de santé, sur un bateau à voiles, notre ex-malade retourna en Angleterre. Il ne se plaignait plus alors, que d'une certaine sensibilité du champ respiratoire, ce qui est si fréquent. Il possède actuellement une nombreuse clientèle en province.

Observation 3. — Après avoir lu par hasard un exemplaire de notre petit livre, le docteur X... nous écrivit de Tasmanie, que si nous pouvions le soigner, il viendrait immédiatement nous trouver : sa lecture lui avait donné quelque espoir de guérir, lui qui n'en avait plus depuis longtemps. Il arriva à Paris quelques mois plus tard, nous décidâmes qu'il demeurerait dans une institution de gardes-malades, dont le fils

mane que depuis une année, et la quantité prise n'atteignit jamais 3 grains. Le plan de réduction fut organisé de façon à atteindre la suppression complète au bout de six semaines, et au jour fixé fut donnée la dernière dose.

de la maison était à cette époque le plus compétent de nos aides. Il devait y dormir; après le déjeuner, il passait son temps à prendre des leçons de français et de violoncelle ; enfin il viendrait chaque soir chez nous pour jouer au whist, et resterait aussi tard qu'il lui plairait.

La correspondance qui suit présente un haut intérêt psychologique, que de simples extraits ne pourraient suffire à faire apprécier. C'est, comme nous l'avons déjà dit, un médecin qui l'écrivait.

« Il y a presque un an, nous dit-il dans sa première lettre, je lus une réimpression de votre mémoire sur la morphinomanie. J'ai 43 ans, et suis en excellente santé, mais, hélas! je sacrifie à la morphine depuis plusieurs années. Votre livre m'a rendu l'espérance, et je suis aujourd'hui convaincu qu'à l'aide de votre traitement, je pourrai me délivrer de cet effroyable esclavage. Seul, ou avec le traitement habituel, je reconnais que cela m'est impossible.

Depuis lors, j'ai économisé sou à sou, tout ce que j'ai pu de mon maigre revenu; j'ai déjà ainsi amassé une petite somme qui me permettra d'aller à Paris, d'y rester quatre à huit mois, et d'en revenir tout en subvenant aux besoins des miens pendant mon absence. Quoiqu'il en soit, je vous supplie, comme homme, comme confrère, de répon-

dre à ma lettre immédiatement. Veuillez me faire connaître le prix moyen de la pension et du logement par semaine à la « Retraite des Frères », que vous recommandez, et me dire à quelle époque de l'année il vous sera possible de vous occuper de moi. C'est pour moi la vie, ou la mort, et mon avenir dépend de votre réponse.

« Si par hasard le docteur J... n'exerçait plus, je prie celui qui ouvrira cette lettre de vouloir bien la renvoyer à son successeur en sa méthode, afin qu'il puisse me répondre.

« Pour l'amour de Dieu, ne m'oubliez pas, je vous en supplie. »

La seconde lettre est datée de Londres.

« Il y a plusieurs mois, je vous écrivis d'Australie, ou de Tasmanie, que, dès que j'aurais pu arranger mes affaires, j'avais l'intention de me rendre à Paris, afin de me soumettre sous votre direction, au traitement de la funeste habitude dont vous vous êtes fait une spécialité. Voici onze ans que je suis en son pouvoir, à la suite d'un accident qui en fut l'origine ; mais ma santé est restée bonne, malgré quelques avertissements de me guérir au plus vite.

« J'ai signé ma première lettre d'un faux nom, ne sachant si elle vous parviendrait.

« Dans celle-ci je vous donne mon vrai nom et ma véritable adresse, j'ai pris mes

grades dans une école de médecine de première classe; mais j'exerce une autre profession. Je suis âgé de 44 ans.

« Je vous en prie, donnez à cette lettre une réponse favorable, réponse pour laquelle j'ai fait la moitié du tour du monde, et abandonné ma clientèle depuis un an. Il m'a suffi de lire vos œuvres, pour être sûr que vos idées sont les plus rationnelles et pour être persuadé qu'avec votre aide je vaincrai.

« C'est littéralement pour moi une affaire de vie ou de mort. Et j'espère que vous pouvez, en personne, vous charger de ma cure, je descendrai dans la maison que vous voudrez bien me recommander. Je reconnais mon impuissance et celle du traitement ordinaire; il faut qu'un médecin s'intéresse en personne, et avec le plus grand soin, à tous les détails.

« Si vous ne pouvez vous occuper vous-même de moi, je vous serai reconnaissant de vouloir bien me recommander à l'un quelconque de vos élèves ou de vos assistants, mais je confesse que si ce n'est vous qui me soignez, ce sera détruire la moitié de mes espérances. »

Nous lui répondîmes en l'assurant que nous étions disposé à l'assister de toute façon qu'il nous serait possible, et nous reçûmes bientôt la lettre suivante :

« Je ne puis vous dire assez combien je

suis heureux de voir dans votre réponse, que je viens de recevoir, que vous consentez à me soigner vous-même ; j'ai lu tous vos ouvrages avec la plus grande attention ; je sais combien vous dites vrai lorsque vous affirmez l'impossibilité de réussir quand le malade garde quelque volonté ou responsabilité en son traitement. Je serai certainement beaucoup mieux pendant longtemps, s'il m'est permis de me promener, d'aller au théâtre, etc., car je suis d'une nature très active, et me trouve à la tête d'une clientèle de consultation fort nombreuse (sans compter la responsabilité professionnelle) ; j'abandonnerai, naturellement, tout pour venir à vous, je suis très heureux que vous approuviez l'idée de la direction constante par un de vos assistants qui, par exemple, devra être un homme que je ne puisse corrompre, car dans certains cas, je ne pourrai répondre de moi-même.

« J'espère que vous ne me trouverez pas un malade trop ennuyeux. J'ai été habitué à en voir de dures dans toutes les parties du monde. Mon seul désir est d'en finir aussi vite et avec aussi peu de désagréments que possible. »

Dans notre réponse nous lui affirmâmes que nous étions tout décidé à entreprendre sa cure, à la condition qu'il se conformerait

absolument à nos conseils ; nous lui recommandâmes soit de se rendre chez les frères Saint-Jean-de-Dieu, soit de se placer comme pensionnaire dans un établissement d'infirmiers, où il pouvait trouver une chambre confortable ; de plus il aurait l'aide le plus précieux en la personne du fils de la directrice ; nous avions déjà éprouvé les capacités de ce dernier qui nous avait montré une intelligence et une compétence au-dessus de la moyenne. Nous le prévînmes cependant, que son compagnon serait en quelque sorte son surveillant, et que, quoique libre de sortir comme il le désirait, il aurait à se soumettre à une surveillance constante.

Dans sa réponse il s'exprime comme il suit :

« Ne craignez, je vous prie, aucun ressentiment de ma part pour les mesures que vous croirez nécessaires au traitement. Je puis vous dire qu'il m'est arrivé d'être en état de besoin au moment où l'un de ces accidents si fréquents dans les pays sauvages m'avait privé de toutes mes ressources ; et j'aurais commis un crime pour obtenir quelque soulagement. Et, vraiment, j'ai traversé seul, nuit et jour, 200 milles du territoire indien le plus dangereux pour renouveler mon approvisionnement. Mais je sais que vous ne m'infligerez pas de pareilles souffrances.

Autrement, je resterais plutôt où je suis, aussi malheureux qu'on peut l'être quand il faut essayer de tenir des occupations presque publiques, constamment à la tête de grandes entreprises, par conséquent à chaque instant reçu et fêté lorsque j'aurais surtout besoin d'aller me coucher. Ma grande crainte est que, lorsque je serai débarrassé de ma funeste habitude, je n'en éprouve un tel besoin en un moment difficile, que je n'y retombe à nouveau. »

Lorsque nous lui eûmes réitéré nos encouragements, et assuré que le retour du besoin, après la cure, ne dépendait que de sa propre conduite, il se décida à venir à Paris. Nous continuons le récit du traitement dans les propres lettres du malade :

« Il y aura bientôt deux mois que ma guérison est complète. Je veux en quelques mots, vous donner une idée des sentiments et de l'état dans lequel je me trouve.

« *Je n'ai pas éprouvé le moindre désir de la morphine depuis que je l'ai abandonnée*, et à mon grand étonnement, si j'y pense quelquefois, c'est comme à quelque chose qui, dans mon état actuel, me congestionnerait ou m'engourdirait, et qui ne me procurerait plus, même si ce n'était pas dangereux, aucun plaisir à prendre.

« Je conserverai cette illusion aussi longtemps que possible. Mes forces reviennent

lentement, quoique très affaiblies à l'heure actuelle par une violente influenza.

« Je m'attendais à souffrir beaucoup du manque de sommeil ; les premières nuits qui suivirent ma guérison, je ne pus en effet dormir un instant. *Mais dès que j'eus reçu la batterie galvanique* que vous m'aviez recommandée, et fait passer un courant continu de 3 milliampères à travers la tête, pendant quelques minutes, au moment de me mettre au lit, *je me sentis immédiatement pris d'une intense envie de dormir, et depuis, il en fut de même chaque nuit.*

« Je n'avais pas grande confiance en l'efficacité de la galvanisation ; mes insomnies ont cependant complètement disparu et je n'ai pas pris, depuis, la plus petite dose de chloral, de bromure ou d'un hypnotique quelconque.

« J'étais sujet à des maux de tête qui revenaient périodiquement. Ils ont disparu avec la morphine. Les intestins fonctionnent aujourd'hui régulièrement, ce qu'ils ne faisaient autrefois qu'à l'aide de moyens artificiels. Je me suis débarrassé de presque toute la graisse, qui était surtout abondante dans les régions abdominales.

« Pendant la période de réduction de la morphine, j'étais fortement constipé, comme du reste pendant toutes les années que j'eus l'habitude d'en prendre.

« A part de rares exceptions, je ne fus à mon aise que lorsque je l'eus abandonnée ; depuis j'obtiens un effet naturel (jamais diarrhéique) tous les deux jours.

« Le monde entier a changé à mes yeux. il y fait bon vivre ; je ne puis mieux dire en terminant, que d'affirmer ce qui est ma conviction absolue : vous étiez le seul qui pût m'aider à guérir et surtout à *n'avoir pas de besoin après l'abandon de la morphine*, en un temps raisonnable ; je n'éprouve plus actuellement ni souffrance, ni même malaise de quelque intensité que ce soit. »

Voici des notes plus complètes qui me furent envoyées six mois plus tard.

« Je commençai avec une dose ordinaire de 60 centigr. par jour. Je ne ressentis aucun malaise durant les deux premières semaines, c'est-à-dire pendant que la réduction atteignait 20 centigr. hypodermiquement, un peu d'ennui seulement dû à la substitution d'habitudes régulières à la vie insouciante que j'avais menée jusqu'alors. Le sommeil et l'appétit, ce dernier plutôt médiocre depuis des années, ne changèrent pas.

« Alors apparut une période de malaise qui dura deux ou trois jours, l'état de besoin survenant avant l'heure où la morphine devait se prendre, et causant cet énervement qu'il faut avoir ressenti pour pouvoir le

décrire (1). *Mais ce n'était après tout qu'un malaise assez léger pour être oublié quelque temps, lorsque je parvenais à m'absorber dans quelque intéressante occupation*, telle que les cartes ou le billard. Ceci se passait entre 20 ctgr. et 15 ctgr. En dehors de cette légère anicroche, la réduction se poursuivit sans malaise sérieux, quoique toujours avec une certaine sensation d'ennui, jusqu'à ce que j'eus atteint le point où vous faites abandonner l'injection hypodermique, et lui substituer une double dose de morphine par le rectum.

« Ce fut pour moi une très agréable période du traitement. Le bien-être que me procura la dose augmentée de morphine compensa largement la diminution de l'effet actif. J'obtins des nuits excellentes en réservant pour la dose du soir presque la moitié de la ration journalière, sans pouvoir empêcher un peu de malaise durant la journée.

« Lorsque je dus me contenter de quelques centigrammes, le malaise devint plus marqué, *sans cesser d'être endurable*, ce que montre clairement le fait que je ne fus jamais forcé d'interrompre mes leçons de français et de violoncelle, ni mon whist le

(1) Nous trouvons dans nos notes que la cause de ce malaise est probablement une constipation de 5 jours à laquelle le malade n'avait fait aucune attention.

soir chez vous. Je crois pouvoir attribuer une grande partie de cette facilité avec laquelle je vins à bout de l'épreuve, au soin que je mis, suivant votre conseil, à m'intéresser et m'occuper autant que possible, même lorsque j'en avais peu envie.

« La fin de la cure ne fut pas particulièrement dure, sauf que pendant quelques nuits je fus en proie à une insomnie qui était en train de me démoraliser lorsque vous me recommandâtes d'employer le courant continu d'une faible batterie. J'essayai ce moyen sans le moindre espoir d'un résultat quelconque, mais le soulagement fut rapide et constant, J'éprouvai le besoin de dormir en 10 à 20 minutes, et durant les premiers jours de faiblesse et de lassitude, j'eus 5 à 6 heures de bon sommeil chaque nuit.

« Plus tard je dormis 6 heures sans secours ; et depuis mon retour chez moi, quatre mois et demi depuis la fin du traitement, je dors naturellemant 7 à 8 heures, et n'ai jamais lu plus de dix minutes en me couchant. Dans ces trois derniers mois, je n'ai pris comme médicament, que deux doses de bromure de potassium.

« Mes intestins ont toujours bien fonctionné pendant mon traitement et depuis son achèvement (je n'eus donc à prendre ni médicament ni injection).

« Je pèse vingt livres de plus, sans que mon

ventre ait grossi, j'ai retrouvé mon appétit d'autrefois, et je pourrais me croire aussi bien portant et solide que l'on peut le souhaiter à mon âge, si je n'avais encore un peu de sensibilité respiratoire.

« Une imprudence en aliments ou en boissons ne m'a jamais donné le désir d'un sédatif, quelque mal à mon aise que j'aie pu me sentir.

« Cet état de choses si satisfaisant, c'est à vous que je le dois, et je suis heureux de le reconnaître. Ayant maintenant une longue habitude de la morphine et de la morphinomanie, je puis dire qu'à mon avis, pour échapper à celle-ci et à tout sentiment de besoin, il n'y a pas d'autres principes que ceux que vous m'avez fait suivre si rigoureusement : c'est-à-dire :

« Suppression graduelle mais volontaire ;

« Surveillance constante mais sans contrainte ;

« Sincérité absolue vis-à-vis de mon médecin.

« Je n'aurais jamais pu m'astreindre à de telles règles si vous ne m'aviez pas constamment encouragé, si vous ne m'aviez pas à tout instant répété que le succès complet était tout près, à la seule condition de conserver la patience et la force d'âme nécessaires pour combattre contre l'ennemi et la faiblesse (1). »

(1) Dans une lettre postérieure, il nous écrivit

Nous n'ajouterons qu'un détail oublié par notre malade : C'est que sa force virile, disparue, comme c'est l'ordinaire chez les morphinomanes, reparut à un degré remarquable après la suppression.

Ceux qui savent par expérience ce que c'est que la morphine conviendront combien léger fut le malaise ressenti réellement par ce malade, en comparaison de ce qu'il aurait été autrement.

Il ne l'empêchait nullement de prendre chaque jour une leçon de français et une autre de violon, et le soir, il fut toujours assez bien pour jouer au whist.

Nous ne pouvons nous rappeler (ce n'est ni dans nos notes ni dans le compte rendu du malade) pour quelle raison il lui fut impossible de prendre des bains turcs.

Quelque satisfaisant que fût le résultat, il aurait peut-être été meilleur encore s'il avait été capable d'en faire usage.

ceci : « Il y a maintenant plus d'un an que j'ai terminé votre traitement, et je me suis toujours bien porté depuis que je vous ai quitté, sauf une tendance marquée aux affections bronchiques et catarrhales, tendance que vous m'aviez fait craindre. Sauf quelques pectoraux qui contenaient vraisemblablement de l'opium ou de l'élixir parégorique, je n'ai pris aucun calmant depuis que je ne nous ai vu, et n'ai jamais ressenti la moindre tentation.

CHAPITRE XI

Les observations qui suivent montrent quelles différences il peut y avoir dans le résultat, selon que l'on a pu, ou non, faire accepter le traitement dans son intégralité.

Observation 4. — Un monsieur d'une trentaine d'années, nous adressa un jour d'Angleterre une lettre dans laquelle il nous décrivait son cas et nous demandait d'entreprendre son traitement. Il avait, huit ans auparavant, contracté la malaria dans l'Afrique du Sud, avec urines noires, albuminurie, œdème généralisé, accompagnés d'un amaigrissement extrême et d'une prostration telle qu'il avait dû se faire porter.

Il fut, de plus, sujet pendant un certain temps à la phtiriase. Retournant en Angleterre pour y mourir, il avait repris quelques forces pendant le voyage. Mais il fut pris

alors de rhumatisme articulaire, les articulations se raidirent puis s'ankylosèrent, en même temps qu'elles étaient le siège de douleurs continues et paroxystiques. Le genou droit s'ankylosa à angle droit. Trois années plus tard, après consultation de Sir William Mac Cormac, cette ankylose fut rompue. le membre redressé et mis en extension : un des bras est maintenant immobile à angle droit, l'autre est fixé de même, quoique conservant encore un léger mouvement de flexion et d'extension.

Après l'opération du genou, le malade commença à user de la morphine et il passa sa vie à aller d'une station thermale à une autre, en compagnie de ses infirmiers.

Outre la morphine il s'adonna fortement à l'alcool, et en conduisant son dog-cart, étant encore sous l'influence de celui-ci, il en fut deux fois jeté à bas, sur ses membres malades. Une blennorrhagie vint aggraver son état, que la syphilis n'améliora pas.

Il souffrit pendant deux ans des suites d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, pendant laquelle le salicylate de soude fut donné à de telles doses que l'action du cœur était devenue très lente et presque imperceptible. Le malade resta plongé dans une sorte de coma pendant 10 heures environ. Son docteur lui ayant à cette occasion fait une injection hypodermique d'atropine, cet

alcaloïde fut à son tour employé abusivement, jusqu'à en prendre un tube plein de tablettes par jour (c'est-à-dire 0,10 milligr.), ce qui amena finalement des signes de désordre cérébral. Il souffrait plus ou moins constamment de douleurs dans les articulations, et par mauvais temps devenait insupportable.

La lettre dans laquelle il nous racontait ces faits était si étrange et si peu sensée que, ne voulant pas nous charger d'une cure pleine de difficultés sans plus amples renseignements, nous lui conseillâmes de nous envoyer quelqu'un le connaissant bien et pouvant nous fournir sur son état les renseignements les plus complets. Quelques jours plus tard, sa mère vint nous voir à Paris, et le tableau qu'elle nous fit de son indocilité fut tel que nous ne voulûmes lui donner aucune espérance ; nous consentîmes cependant à le traiter, mais sans garantir de résultat

Pendant qu'il était en route pour Paris, on persuada au malade de se mettre dans les mains d'un spécialiste, qui lui raconta que le danger immédiat étant la morphine, il ferait tout pour obtenir son abandon, comme par exemple de lui permettre une plus forte ration de whisky. Il avait à ce moment 4 grammes d'albumine par litre. Reconnaissant, au bout de peu de temps, qu'il ne

s'était pas confié aux soins les plus compétents, il se rendit enfin à Paris.

Nous vîmes les ruines de ce qui avait été un gaillard de bonne mine, de forte corpulence, et dont la figure portait les empreintes d'excès alcooliques. En dehors des symptômes déjà décrits, il avait des pituites matinales, contre lesquelles il prenait du brandy comme *remède*, puis du whisky pour le reste de la journée, et du vin en grande quantité aux repas.

Nous refusâmes de nous occuper de la question morphine jusqu'à ce qu'il eût renoncé complètement à l'alcool, la cessation absolue du penchant surajouté étant dans un tel cas une condition *sine qua non*. Nous étions convaincu que nos relations avec ce malade seraient rompues en moins d'une semaine ; au bout d'une semaine environ, il jouait en effet avec le traitement; mais un jour, lui ayant fait remarquer qu'il était gris plus encore que d'habitude, il fut, comme il nous le raconta plus tard, si honteux de lui-même, qu'il prit soudain la ferme résolution d'abandonner tous les stimulants alcooliques, ce qui était un fait accompli huit jours plus tard.

Six semaines après, l'albumine avait complètement disparu. L'on commença alors le traitement de la morphinomanie, suivant les principes et avec les moyens habituels, sauf

en ce qui concerne les bains d'air chaud, auxquels il lui fut impossible de s'accoutumer : ils lui donnaient des sensations de suffocation, d'étouffement, malgré l'emploi d'un appareil portatif qu'il s'était procuré.

Pendant deux mois, la réduction se poursuivit à merveille, mais lorsqu'il eut atteint 0,03 centigr., il fut pris d'une attaque douloureuse de rhumatisme subaigu, et, supposant que l'air de Paris ne lui était pas favorable, il le quitta pour Ostende, où il comptait se rétablir. Au lieu de revenir au bout de six semaines, comme il était convenu, il se rendit d'Ostende à Londres, et se remit à prendre de la morphine, tout en se gardant strictement de toute espèce d'alcool. Il semblait complètement revenu à la santé ; il pouvait revêtir des vêtements trop petits depuis des années, et ses amis trouvèrent tous miraculeux le changement survenu dans son état.

Cinq mois plus tard, il commençait à ressentir des malaises dans la région précordiale et revint encore une fois à Paris.

A cette occasion nous reprîmes le traitement, et, en deux mois, il était parvenu à ne plus prendre que quelques centigrammes de morphine par le rectum. Nous lui demandâmes de rester jusqu'à complète guérison, lui démontrant que sans cela la rechute était certaine ; mais, ne craignant plus, comme

par le passé les douleurs, car nous avions trouvé le moyen de les empêcher entièrement. il se crut certain de pouvoir effectuer le reste de la réduction par lui-même (1).

A Londres, il eut, à deux reprises, de nouvelles crises douloureuses ; il s'aperçut que dans ces deux occasions il avait commis une infraction à son traitement : sa nourriture ayant été *salée* sans qu'il en ait eu connaissance. Ces douleurs disparurent dès qu'il eut repris son régime.

Ayant rechuté un mois plus tard, il revint encore une fois à Paris, pour y rester. comme nous l'espérions, jusqu'à ce que nous puissions lui permettre de partir. En plus de ses infirmités ordinaires, qui rendirent toujours la marche difficile, un certain gonflement s'était développé sur un des tendons fléchisseurs du pied, qui était douloureux à la pression et lui rendait même impossible la marche à travers la chambre destinée à calmer son agitation. Il prenait alors 0,12 centigr. de morphine par le rectum. En dix jours, elle fut supprimée sans aucun

(1) Il était, sur nos instances, devenu à moitié végétarien, ne se permettant que du poisson. Ce régime avait beaucoup diminué ses souffrances. qui étaient. avec l'impossibilité d'exercice, la grande difficulté du traitement Elles disparurent complètement après la suppression totale du sel, que nous prescrivîmes à cause des résultats remarquables que nous en avions obtenus dans d'autres cas fort douloureux.

inconvénient, mais le lendemain il ressentit une agitation fort désagréable, et nous lui donnâmes 20 gouttes de laudanum. Il reconnut qu'il avait fréquemment des énervements semblables dépendant de son état arthritique, qui le contraignaient à l'immobilité; de telle sorte que, d'après lui, on ne pouvait attribuer loyalement l'agitation actuelle à un état de besoin. Pour le contenter, nous lui permîmes un petite dose d'héroïne; mais nous nous aperçûmes qu'en quelques jours à peine il avait augmenté fortement la dose, et qu'il recherchait ce médicament avec un désir plus grand encore qu'il n'en avait jamais éprouvé pour la morphine.

Cela lui causa des troubles oculaires, marqués, en même temps qu'un peu de subdélire; on supprima donc le médicament pour donner à la place une petite dose de méco-narcéine. Mais il ne put être encore complètement guéri : l'infirmier, en effet, le laissa tomber du lit sur son bras le plus malade, d'où, quelques heures après, inflammation et gonflement considérables avec température de 39°50 C.

Contre la douleur et l'agitation nous lui donnâmes 0,03 cent. de morphine, d'où le jour suivant, température retombée à la normale, ainsi que disparation de la tension et de la sensibilité de l'articulation, qui avait

été ointe de glycérine belladonée et enveloppée dans de la ouate. Comme nous ne lui permîmes pas de continuer à prendre de la morphine, il se rejeta sur la solution de méco-narcéine, à la dose de 0,03 centigr. environ.

On la continua pendant quelques jours; notre malade nous déclara alors qu'il devait se rendre à Brighton pour une affaire importante, convaincu de nouveau qu'il pourrait de lui-même, en dix jours, abandonner la méco-narcéine. Il n'est pas inutile de remarquer que, à l'exception des deux occasions ci-dessus mentionnées, le malade *ne ressentit plus jamais de douleurs, tandis que les années précédentes, il ne se passait guère de semaine sans qu'il y fût sujet*, surtout pendant le mauvais temps, que nous eûmes cependant pendant toute la durée du dernier traitement.

Malgré nous, notre malade partit pour Brighton, nous promettant de nous écrire pour nous demander des conseils s'il éprouvait quelque difficulté. Nous n'eûmes pas de nouvelles de lui pendant trois semaines: nous reçûmes alors un télégramme dans lequel il nous annonçait qu'il était dangereusement malade, et nous priait d'aller le rejoindre au plus vite. En arrivant à Brighton, nous constatâmes qu'il s'était cru en possession d'une provision de méco-narcéine suffisante, mais que celle-ci ayant été épuisée à

l'improviste, il avait été impossible de s'en procurer.

Nous étions à peu près sûr que la crainte qu'il avait de l'albumine l'empêcherait de retourner à l'alcool. Ce fut cependant ce qui eut lieu.

A notre arrivée, il venait de passer cinq jours sans prendre de méco-narcéine, à boire en revanche assidûment du whisky, et son cœur était dans un état si grave, que le docteur que l'on avait appelé ne voulait pas répondre des conséquence.

Nous lui donnâmes 0,03 centigr. de morphine pour le rendre capable de supprimer immédiatement le whisky.

Le visage était bouffi et décomposé, l'urine légèrement albumineuse. Nous fîmes reprendre la méco-narcéine le jour suivant, et nous restâmes encore une quinzaine de jours jusqu'à ce qu'elle fût à peu près abandonnée (1).

(1) Nous ne regardons pas ce cas comme un succès complet, car lorsque nous quittâmes le malade, il prenait encore un peu de méco-narcéine. Ce qui prouve qu'il n'en avait pas un réel besoin, c'est qu'il s'en était passé pendant quelques jours, tant qu'il fut sous l'influence de whisky. Nous nous attendons à apprendre bientôt une rechute nouvelle, survenue avec le retour à l'alcool. Il est probable que l'abus de l'atropine n'est pas étranger à l'absence de volonté de la fin du traitement Nous avons constaté la même chose avec des malades traités par le « Gold Cure »

Il est à noter que dans le cours du traitement il avait perdu environ quatorze kilos de graisse inutile.

Ce cas est un des plus remarquables que nous connaissions. Le résultat final fut long et difficile à obtenir, le malade étant pour ainsi dire handicapé par ses infirmités qui le condamnaient à l'immobilité, et par l'impossibilité où il était de supporter les bains d'air chaud.

Nous croyions, au début, n'obtenir aucun résultat.

Dans ce cas comme dans le précédent, certaines injections de morphine donnèrent lieu à des maux de tête atrocement douloureux. Il n'est pas d'habitué qui ne ressente quelquefois une sensation douloureuse après certaines injections, que l'on suppose alors avoir lancé directement leur liquide dans les veines ; mais ici, la douleur fut plus violente encore, et le dernier malade restait même quelques instants sans voix et comme paralysé, à peine capable d'exprimer par quelques signes son horrible anxiété.

Nous donnons nos soins à un malade qui est devenu morphinomane pour se guérir d'un mal plus grand encore : la dipsomanie. Les sensations dont nous parlons et qui

qui nous en sommes persuadé, contient de la strychnine et de l'hyoscyamine. (*Voir la note page 175*).

prennent le plus souvent la forme « d'enflure douloureuse » de la tête reviennent presque tous les jours surtout quand l'injection est faite dans les régions où il a le plus l'habitude de se piquer, mais quelquefois sans qu'il se soit fait une piqûre. Nous pensons que dans les cas semblables (car il n'est pas le seul), le sujet plus ou moins hystérique est arrivé à se créer des zones de troubles vaso-moteurs réflexes. C'est la piqûre qui est le plus souvent l'excitation, point de départ du phénomène, mais il peut se produire par action idéo-motrice un malaise à peine sensible servant de stimulant inconscient. Ces centres seraient l'analogue de ceux que Claude Bernard créait dans le cochon d'Inde et des zones hystérogènes qu'on peut développer chez les hystériques.

Dans cette dernière observation, le résultat du début fut absolument inespéré, mais lorsque le malade eut abandonné l'alcool, et que son albumine eut disparu, le courage avec lequel il continua le traitement nous fit espérer qu'on pourrait le conduire jusqu'au bout sans souffrances. Car quoiqu'il eût succombé de nouveau lorsqu'il fut loin de nous il se remit sérieusement au traitement à son retour et il ne fit pas de ses malaises un prétexte pour différer la réduction.

Nous fûmes très ennuyé des malaises qu'il

ressentit, mais au lieu de se plaindre, il cherchait à nous consoler, en nous assurant qu'il en avait déjà eu de semblables indépendamment de la morphine, et que, quoique le traitement adopté eût mis fin à ses douleurs rhumatismales, les misères qu'il éprouvait leur était vraisemblablement imputables.

Observation 5. — Les difficultés, dans l'observation qui suit, consistèrent en l'ancienneté extrême de l'habitude, en la difficulté extrême de vaincre l'insomnie et en l'état délabré de la santé, aussi peu satisfaisante que possible.

Le malade, un des hauts personnages officiels de l'Amérique Centrale, avait commencé l'usage de l'opium il y a vingt-trois ans, pour une névralgie sous-orbitaire. Il lui avait été donné par un soi-disant spécialiste de New-York, qui lui avait garanti la guérison pour cent dollars (500 fr.) : le marché ayant été accepté, il lui donna une cuillerée à soupe d'une drogue qui lui enleva ses douleurs comme par magie.

« J'ai cru alors, me disait le malade, que c'était un spécialiste admirable. »

Il s'aperçut, cependant, qu'il lui fallait peu à peu augmenter la dose, et il s'abandonna insensiblement à cette habitude jusqu'à prendre 1 gr. 50 par jour d'opium au bout de trois ans.

A cette époque l'on fit une tentative de suppression et l'on arriva à 25 centigr. de morphine. Il y a dix ans la dose journalière était de 1 gr. 50 de morphine, lorsque survint une pneumonie durant laquelle on la réduisit à 0,75 centigr., où dès lors elle resta.

Continuant de jouir d'une bonne santé, le malade ne fit pas de tentative nouvelle de suppression ; mais à la fin, des crises dyspnéiques survinrent, accompagnées de troubles gastriques. Le sommeil, la nuit, n'était plus qu'un souvenir ; le malade qui ne pouvait plus se mettre dans un lit passait la nuit tout entière à lire dans un fauteuil. Le jour, il s'assoupissait entre ses réceptions. Il ne perdit ni son intelligence ni sa mémoire.

Finalement, cependant, la gastralgie devint chronique, et ses jambes commencèrent à enfler.

Lorsque nous le vîmes, l'œdème avait disparu, mais sous les autres rapports il n'avait pas changé depuis les trois dernières années. L'insomnie était absolue la nuit, il n'avait que des moments irréguliers d'assoupissement dans la matinée. Il avait de tels accès de dyspnée qu'il était d'ordinaire contraint de passer la nuit dans un fauteuil, ainsi que nous l'avons déjà dit ; une dyspepsie douloureuse, qui rendait tous les aliments difficiles à digérer, sauf le café et le lait. Enfin il était extrêmement faible, et fort amaigri, ne pesant

plus que 57 kilogr., outre cela, il avait de temps à autre des accès de fièvre intermittente.

Il avait quitté l'Amérique Centrale avec le dessein de se soumettre à notre traitement dès son arrivée ; mais, pris alors d'un violent accès de fièvre, ses amis lui persuadèrent d'appeler un célèbre professeur de la Faculté de Paris, qui déclara que la réduction de la morphine dans un tel état de faiblesse et d'amaigrissement pourrait être mortelle ; mais que lorsque le malade aurait repris un peu d'embonpoint et que la santé générale se serait améliorée on pourrait alors diminuer progressivement la morphine sans danger. Le malade objecta que la cause de l'amaigrissement était la morphine, et que c'est en renonçant à celle-ci qu'il devait engraisser.

Mais devant les menaces de mort et la promesse qu'il gagnerait ensuite une livre par semaine de traitement, il se laissa persuader.

Pendant sept semaines, la santé du malade continua à décliner, et son poids à décroître, jusqu'à 55 kilogr. Un autre professeur alors consulté exprima l'opinion que le cas était très difficile et conseilla l'hydrothérapie : mais cette idée ne plut pas au malade, qui se décida alors à se mettre immédiatement entre nos mains.

Durant les deux mois qui précédèrent cette résolution il avait augmenté de 0.60 à 0.75

centigr. de morphine, et avait maigri de deux kilogr.

Au début du traitement, il prenait les 0,75 centigr. par la bouche, et en une seule dose Je les lui fis prendre à huit heures du matin. avec une diminution de 0,02 centigr. par jour. Au 1er novembre. il était descendu suivant notre programme de réduction à 0,50 centigr. ; nous le fîmes entrer à la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu.

10 novembre. — Le sommeil, qui était meilleur depuis le commencement du traitement, vient maintenant rarement avant 4 heures du matin.

12 novembre. — 1 gr. 50 d'hydrate d'amylène, répété toutes les deux heures depuis minuit, a donné six heures d'un sommeil ininterrompu.

17 novembre. — Le malade se sent merveilleusement bien et est à 0,12 centgr. Estomac meilleur que depuis bien des années, digestion facile, pas de sensation de besoin, insomnie disparue grâce à l'hydrate d'amylène. Le malade a pris tout le temps de la digitale et du bicarbonate de soude.

18 novembre. — Morphine 0,10 centg. Le malade commence à ressentir quelque malaise, et nous aurions été très désireux de ralentir la réduction, mais ses amis (et toutes les fois que nous étions appelé auprès de lui, nous en trouvions une demi-douzaine)

tenaient tous pour la « fermeté absolue ». Il fut donc contraint de suivre la même marche que précédemment. Le moment où l'on donnait la dose de morphine fut maintenant reporté à 9 heures du soir.

Jusqu'au 25 novembre, la réduction fut continuée de la même manière, quoique des doses supplémentaires fussent données lorsque le patient ne pouvait supporter plus longtemps ses malaises.

L'on essaya de nouveau le bromure de potassium, mais le jour suivant, le malade se sentait gelé, et se tenait presque dans le feu pour se réchauffer.

25 novembre. — Morphine 0,06 centgr. A partir de ce moment, et de cette dose de 0,06 centgr. jusqu'au 30 novembre, on décrut de 0,01 centgr. par jour, en donnant du cannabis indica à doses croissantes de 30 à 70 gouttes, et 25 gouttes de laudanum en injections rectales les deux derniers jours.

1er décembre. — Le malade, dès lors, ne devait plus prendre de médicament d'aucune sorte, mais se reposer dans un bain d'air chaud ; mais il ne put supporter la sensation de suffocation que lui donnait ce dernier, et l'assistant lui fit prendre une petite dose de chloral.

3 décembre. — Peu de sommeil, mais en revanche aucun besoin.

Deux jours plus tard il quitta l'établisse-

ment, sujet encore aux insomnies, et trois mois plus tard nous apprîmes qu'il était bien, à cette exception près : il avait recouvré sa santé et la faculté de dormir, quand le sommeil lui venait, sur son lit.

Beaucoup des symptômes de cette observation présentent quelque chose d'insolite. Au lieu de cette sensation de gène due à la suppression de la morphine, si fréquente avec les doses modérées, le malade vit sensiblement s'améliorer l'appétit et la digestion, ainsi que la dyspnée disparaître ; le sommeil revint, et le malade se sentit vraiment mieux. Quant aux médicaments, l'hydrate d'amylène donna quelques résultats, mais la dose en fut bientôt insuffisante.

Deux grammes de sulfonal ne firent aucun effet. La nitro-glycérine et le nitrate d'amyle furent essayés.

L'on employa une seule fois la coca avec des résultats désastreux. Deux bains chauds produisirent une grande sensation de bien-être, mais un bain d'air chaud de une heure le dernier jour, ne donna lieu à aucune transpiration, et par conséquent fut très difficile à supporter.

Il est intéressant de remarquer qu'à aucun moment il n'y eut de sueurs, signe presque constant de l'abstinence de morphine. Le bromure de potassium se montra nettement nuisible.

Le cannabis indica, un des remèdes favoris du Dr Mattison, procura un certain soulagement. L'effet eût peut-être été meilleur, si nous avions osé employer les doses que recommande cet auteur, un gramme d'extrait souvent répété.

Quoique les toniques cardiaques et le bicarbonate de soude aient été donnés régulièrement, et les bains turcs, ou mieux les bains d'air chaud, essayés, le traitement ne fut pas appliqué aussi méthodiquement qu'il l'est à présent.

Les soins que nous donnâmes à ce malade datent de plus de dix ans et nous citons ici ce cas plutôt parce que c'est un exemple de guerison de la morphinomanie après plus de vingt ans d'habitude, que comme exemple de succès d'un traitement quelconque.

La question la plus intéressante que soulève ce cas, est, à notre avis, celle de la conduite à adopter, lorsque le malade se plaint de souffrir.

Nous pensons que lorsqu'un morphinomane a donné des preuves de bonne volonté et de courage, on doit se fier à lui et l'encourager de ce qu'il a déjà accompli, au lieu de le soupçonner d'un désir de rechute. Exercer une pression morale, le forcer à faire un peu plus lorsqu'il a vraiment fait tout ce qu'il pouvait, et est arrivé aux limites de l'endurance, est certainement imprudent.

Un des grands secrets du traitement de la morphinomanie est de connaître à quel moment l'on doit conseiller de ralentir la marche de la réduction. Si cette marche a été trop rapide, on peut l'arrêter pour un jour ou deux ; ce ralentissement en temps propice peut empêcher toute souffrance et prévenir un accroissement passager, qui aurait été un fâcheux précédent. Il vaut mieux, pour le médecin, prescrire lui-même la réduction, que d'être obligé de céder aux exigences de son client.

Le malade dont il s'agit dans l'observation 4 est revenu à Paris en février en nous affirmant qu'il était résolu à tout supporter pour sortir de son habitude. La mise en page de ce livre étant terminée, il a été impossible d'y revenir dans le texte, mais nous sommes heureux de pouvoir dire ici qu'il a réussi pleinement et qu'à l'heure actuelle (15 avril) il y a plus d'un mois qu'il est sevré. Il est parti à Dax ne prenant aucun hypnotique.

Après la suppression normale de la morphine, les journées ont été assez supportables, mais les nuits pendant quelques temps agitées. Comme opiniâtreté, ce cas est absolument exceptionnel, mais la persistance de l'énervement après le sevrage est la confirmation la plus évidente de notre manière de voir au sujet de la causation, de l'agitation post-morphinique et des pseudo-besoins car l'analyse des urines a décelé un très grand excès d'acide urique.

CHAPITRE XII

On a considéré généralement l'emploi de la cocaïne comme une des graves complications du morphinisme, et plus loin nous donnons un exemple montrant l'impossibilité des relations médicales avec un patient impulsif qui prend de la cocaïne. Il y a cependant des cas où son emploi n'aggrave aucunement de pronostic.

Observation 6. — C'est celle d'un médecin attaché à ce moment à un des hôpitaux d'Angleterre. Il prenait de la cocaïne en même temps que de la morphine et était absolument persuadé qu'il ne lui était pas possible d'abandonner la première. Nous lui écrivîmes dans notre première lettre que, lorsque l'on prend en même temps la cocaïne et la morphine, on ressent, quand on veut supprimer la première, une sorte d'impulsion vers elle, mais pas de véritable

besoin, et que le seul conseil que nous pouvions lui donner à cet égard était de renoncer à la cocaïne tout de suite, dût-il se faire contraindre de force s'il ne pouvait y arriver seul. Après la suppression de la cocaïne, nous lui donnerions de nouveaux conseils. Les lettres suivantes sont les seuls renseignements que nous ayons retrouvés sur ce cas.

« Je ne puis vous dire, commence-t-il, combien je vous suis reconnaissant de votre lettre reçue ce matin et de la peine que vous voulez bien vous donner pour moi. J'ai été, il y a quelques jours, jusqu'à penser au suicide, car je croyais qu'il n'existait aucun moyen de secouer mes chaînes. J'espère abandonner la cocaïne immédiatement, ou au moins en une semaine. J'ai donné votre lettre à mon médecin, en le priant d'agir comme vous le recommandez. Combien je souhaiterais être directement sous votre direction, car en vous seul j'ai une confiance absolue. Comme vous le dites, la cocaïne est encore pire que la morphine. Je n'ai jamais pris de cocaïne par la peau. Lorsque j'aurai abandonné celle-ci, que devrai-je faire à l'égard du chloral et de la morphine ? Je ne prends maintenant la morphine que par la bouche. Conseillez-moi ? mais surtout ne m'abandonnez pas encore. Mon

seul espoir est en vous, car, malheureusement, seul, je ne puis pas bien lutter.

« Je laisserai la cocaïne entre les mains du docteur et prendrai ma dose ordinaire de morphine et 1 gr. 50 de chloral, au reçu de votre réponse.

« J'ai en vous une aveugle confiance, c'est votre livre qui m'a donné cette foi, car il montre combien vous connaissez le *moi* du morphinomane.

« *P. S.* — Fumer me ferait-il du mal ? »

La lettre suivante nous rendit compte des premiers succès.

« Grâce à vous et à ma confiance en vous, j'ai pris ma dernière dose de cocaïne, et mon père a jeté au feu toute la cocaïne qui me restait. Je crus, comme vous le disiez, que c'était une « impulsion mentale » quoique je n'aurais cru personne autre, je dois dire que j'ai eu peu de peine à y renoncer. *Je ne puis le comprendre, tous les livres, sur ce sujet, parlent des possédés de la cocaïne, et font supposer qu'il y a impossibilité presque absolue à en interrompre l'usage* (1).

(1) Lorsque la cocaïne est le penchant surajouté il n'y a ordinairement pas de sensation de besoin lorsqu'on l'abandonne. Au contraire, la morphine donne alors une satisfaction plus complète, n'ayant plus physiologiquement d'antidote. C'est lorsque la cocaïne est le seul ou le premier penchant, que les difficultés apparaissent.

« Voulez-vous, Monsieur, me dire ce que je dois faire maintenant ? Je prends, à l'heure actuelle, 2 grammes de chloral et du bromure chaque nuit, et environ 0,75 centigr. de morphine, en deux doses, pendant la journée.

« Puis-je lâcher le chloral le premier ? Je serais très désireux de le faire et de lâcher ensuite la morphine. Je ferai absolument ce que vous voudrez, mais je préférerais, si possible, abandonner le chloral le premier. J'ai déjà essayé de le faire, en en prenant moins de 0,30 centigr. par nuit, mais alors c'était la cocaïne qui entrait en jeu de nouveau.

« J'espère que vous m'aiderez encore. J'ai tant de confiance en vous, en vous seul.

« Déjà je commence à me croire redevenu un homme. Je vous remercie de tout cœur et vous considérerai toujours comme mon sauveur. »

Nous lui donnâmes nos instructions dans notre réponse, et voici la lettre qui suivit :

« Je ne vous ai pas écrit plus tôt parce qu'il m'a été impossible de suivre votre programme comme je le désirais. J'ai abandonné tout, sauf la morphine, mais je n'ai pu réduire celle-ci à moins de 0,24 centigr. par jour, 0,12 le matin, 0,12 le soir.

« Pouvez-vous m'indiquer le moyen d'en finir une fois pour toutes, comme je le désire ardemment ? Permettez-moi maintenant de vous poser deux ou trois questions :

« 1° Combien de pipes puis-je fumer par jour ? J'ai abandonné les cigares. Ferais-je mieux de ne fumer que le soir ?

« 2° Je trouve que le bicarbonate de soude soulage fort bien la sensation de constriction que je ressens à l'épigastre, mais seulement pour un temps. Je suis plutôt anémique ; si je prenais du fer ? et si oui, sous quelle forme ?

« 3° Je prends 3 ou 4 tabloïdes de tetronal par nuit ; vaut-il mieux que je les prenne avec les doses nocturnes de morphine ? Un léger « whisky and soda » la nuit, pourrait-il me faire du mal ?

« 4° Ferais-je bien de me procurer d'avance des tabloïdes de morphine, car le pharmacien local, n'est pas, je le crains, très précis, tantôt la dose est trop forte, tantôt elle ne l'est pas assez.

« Je voudrais bien pouvoir diminuer encore les 0,24 centigr. Excusez-moi de vous casser la tête ainsi, mais je n'ai confiance qu'en vous ; et c'est à vous seul que je dois d'être redevenu à peu près un homme. Y aurait-il vraiment une cause physique quelconque qui m'empêcherait de réduire la morphine comme je l'ai fait de la cocaïne ? Pour cette

dernière, ce fut assez facile. Mon appétit est excellent, et je ne puis rester longtemps sans nourriture ; deux heures à peine après un bon repas, j'ai souvent déjà besoin de manger. Ferais-je bien de prendre avec le lait quelques aliments légers ?

« Vous ne m'abandonnerez pas encore, je l'espère, quoique je sente combien je dois vous tourmenter. Je veux essayer de nouveau de suivre de plus près vos instructions. C'est un tel plaisir pour moi, de recevoir une lettre de vous !

« Puis-je me permettre de lire vingt minutes environ en me mettant au lit ? J'en serais heureux, car cela me pousse un peu au sommeil. Mais cela ne m'empêche pas de comprendre qu'une lecture plus prolongée avancerait l'heure où la morphine me fait défaut.

« Quoique je sois un vieil habitué de la morphine, croyez que je vous rapporte toujours la vérité tout entière. »

Nous lui envoyâmes les instructions qui lui étaient nécessaires.

Il se passa deux mois et demi avant que nous entendîmes parler de lui. Voici sa dernière lettre :

« Je vous aurais écrit beaucoup plus tôt, mais j'ai cru mieux faire d'attendre un peu pour pouvoir vous rendre compte de mes progrès. Il y aura vendredi cinq semaines

que j'ai pris ma dernière dose de morphine. Je n'ai pas oublié ma promesse de vous écrire. Désirez-vous que je vous envoie mon observation, depuis l'époque à laquelle je suis devenu morphinomane, ou seulement quelques notes à propos du traitement? Je serai enchanté de faire ce que vous me demanderez, je vous suis tellement reconnaissant de m'avoir délivré! Par conséquent, faites-moi savoir ce que vous désirez exactement. J'ai peur de ne pouvoir vous fournir sur le traitement des détails suffisants, car j'étais trop malade pour prendre des notes. J'en ai cependant recueilli la dernière semaine.

« J'ai pris, suivant votre conseil, du bicarbonate de soude et de la digitale : je n'ai pas continué le val. d'amm. car je n'en ai vraiment retiré aucun profit. Je vais vous parler maintenant de mes épreuves durant ces quatre dernières semaines, depuis que j'ai rompu avec ma funeste habitude. Je n'ai pris aucun stimulant ; *la plus grosse difficulté que j'éprouvai fut, comme vous me l'aviez fait prévoir, de modérer mes repas : je constate, si je me laisse aller à quelque excès, que j'y gagne un malaise presque intolérable.* Ce malaise diminue cependant : je ne le ressens plus que rarement, le matin de bonne heure je dors bien, six à huit heures. Je prends maintenant beaucoup

d'exercice ; au début, je ne me serais jamais cru capable d'en faire autant.

« Cette lettre a surtout pour but de vous demander ce qui peut vous intéresser dans mon cas. Je vous en prie, ne craignez pas de me donner quelque peine : je serai heureux d'en prendre un peu pour vous, et de vous montrer ainsi ma gratitude.

« J'ai encore des selles semi-liquides. Ce n'est pas de la diarrhée, mais ce n'en est pas moins fatigant. Je me déblaie tous les jours avec un lavement chaud. Me conseillez-vous de continuer ?

« J'ai aussi de nombreux abcès aux gencives (est-ce en rapport avec l'habitude passée ?) ; de plus, par moments, une sensation de froid, surtout dans le dos, accompagnée de véritables crises d'éternuements. Je ne me sens pas encore tout à fait en état de travailler, car je désire éviter toute chance de rechute, et je préfère attendre encore un peu jusqu'à ce que je me sente tout à fait bien.

« Est-il vrai que, pendant douze ou dix-huit mois, il peut survenir « des retours périodiques du besoin (*Allbutt's Medicine*, vol. II) ?

« M'excusant encore une fois de vous ennuyer avec cette lettre plutôt longue, je vous remercie à nouveau de votre obligeance, que je n'oublierai jamais (1). »

(1) Nous avons quelque peu hésité avant de publier

Observation 7. — Un jeune médecin, qui occupait un emploi public en Australie, s'adonnait depuis longtemps à la morphine, et avait abandonné tout espoir de guérison. Il ouvrit par hasard notre livre, qui lui fit penser aussitôt qu'il nous serait peut-être possible de le guérir et se décida à retourner en Europe.

Sa mère fut très alarmée en voyant son état, surtout lorsqu'il eut déclaré qu'il lui fallait aller à Paris pour se faire soigner. Personne dans la famille ne se doutait de sa triste habitude, et ce voyage inquiétait d'autant plus ses parents qu'ils ne comprenaient pas quelle pouvait être la maladie dont il fallait aller chercher si loin le traitement.

En arrivant à Paris, il descendit chez les Frères Saint-Jean-de-Dieu ; mais au bout d'une quinzaine, comme nous nous rendions au bord de la mer, il nous y accompagna. C'était un cas de morphinomanie simple, auquel nous appliquâmes notre méthode ordi-

textuellement les lettres précédentes : mais il ne faut pas oublier que ce sont de véritables observations, car le signataire de chacune d'elles est un médecin. L'on pourrait peut-être penser que les passages flatteurs auraient dû être omis, mais alors le but désiré n'aurait pas été atteint ; il aurait fallu en effet, expliquer que les passages supprimés étaient des louanges et non des réserves qualifiées, donnant ainsi à ces petites exagérations de gratitude une importance qu'elles ne méritent pas.

naire de réduction, nous fûmes malheureusement obligé de retourner à Paris alors qu'il prenait encore 0,02 cent. ; aussi ce ne fut que par ses lettres que nous connûmes le résultat final.

Voici un extrait de celles-ci :

« Je ne pressai pas la réduction après votre départ ; n'ayant aucune raison pour le faire ; aussi mis-je une semaine environ pour dépasser 0,01 cent. 1/2. Je restai deux ou trois jours à 0,005 mm. : je dormais et me sentais si bien que je fus fort surpris d'avoir une mauvaise nuit, lorsque j'arrivai à la suppression complète. Lors de celle-ci, je ne pus dormir pendant quatre jours, malgré l'absence totale de malaises : le cinquième je pris 6 grammes de bromure de potassium en deux doses ; son action ne fut pas immédiate, mais la nuit d'après je dormis bien. Je passai les deux nuits suivantes à voyager en chemin de fer et n'eus pas un instant de sommeil. Depuis lors, ma santé fut absolument satisfaisante a cet égard, quoique je n'aie jamais pu dormir plus de six ou sept heures. Depuis j'ai attrappé un rhume épouvantable, avec trois rechutes qui le firent durer environ un mois, dont six jours au lit. Je suis *saturé d'acide urique* et me sens toujours fatigué. Je suis en outre en proie à des troubles intestinaux, tels que flatulences, etc.

« Un jour ou deux après avoir abandonné la morphine, je ressentis une violente douleur dans la région sacrée, s'étendant jusque sur la partie extérieure de la cuisse. Celle-ci revint il y a environ une semaine mais, disparut avec un peu d'antipyrine. »

Quelque temps auparavant, la mère nous avait écrit un petit mot pour nous informer que tout allait bien :

« Je suis bien heureuse de pouvoir vous annoncer que mon fils, le Dr X.. a quitté la France complètement guéri. Ce n'est plus le même être. Je ne puis trouver des mots suffisants pour vous exprimer ma reconnaissances. Bien avant qu'il ne revînt d'Australie, j'étais fort inquiète à son sujet, devinant qu'il devait y avoir quelque chose de très grave dans son état.

« A son retour il avait l'air d'un mourant ; et maintenant, grâce à votre science et à votre bonté, c'est un homme nouveau, il se sent en meilleure santé qu'il ne l'a été depuis l'âge de dix-neuf ans. »

Notre ex-client est maintenant un praticien de campagne très estimé. Nous regrettons de ne pouvoir donner un compte rendu plus détaillé de ce cas, mais nous comptions sur le malade pour prendre des notes, et celui-ci avait peu à peu oublié ce qu'il avait confié à sa mémoire seule. Cependant les points caractéristiques de cette observation

sont les suivants : le malade avait détruit sa santé, perdu tout espoir, et s'attendait à mourir dans une petite ville ignorée, aux colonies, n'osant reparaître chez lui dans l'état où il se trouvait. Il trouve par hasard notre livre, il prend courage, retourne en Angleterre, dans les conditions qu'indique la lettre de sa mère. Cette lettre raconte également quel a été le résultat du traitement.

CHAPITRE XIII

Dans ce chapitre, nous nous occuperons d'une classe de malades dont le traitement est fort difficile. Ces malades prétendent qu'ils ont le désir de guérir et nous prient de les soigner ; mais bientôt ils présentent des pseudo-besoins hystériques qui sont très difficiles à vaincre. On nous a souvent demandé sur quelles raisons nous nous fondions pour affirmer que tel malade qui se plaignait ne souffrait pas réellement. Nous pouvions nous contenter de répondre que c'est une simple affaire de jugement, et que nous avons assez d'expérience pour ne pas nous laisser tromper ; mais il y a un criterium plus digne de confiance. Lorsqu'un malade, qui se plaignait de grandes souffrances à l'arrivée du docteur, avec des signes évidents d'excitation, se calme peu à peu, et après avoir insisté deux ou trois fois pour avoir de la morphine, oublie entièrement

pendant plusieurs heures de renouveler sa demande, il n'est pas de meilleure preuve de l'irréalité de ses souffrances.

C'est pour ces raisons et d'autres dont nous parlerons plus tard, que nous classons les trois observations qui suivent dans un groupe dit hystérique.

Observation 8. — Un jeune homme âgé de 29 ans nous fut envoyé par le professeur Hallopeau. Cinq années auparavant, il avait été atteint de tuberculose et de pneumothorax. Il avait pris de la morphine trois ans de suite, et aurait été démorphinisé cinq fois. Deux mois avant qu'il ne nous fût adressé, la morphine avait été brusquement supprimée, la rechute suivit immédiatement sa sortie de la maison où on l'avait traité ; il déclara alors à son père qu'il retournerait toujours à la morphine après un traitement par contrainte, mais qu'il consentirait à une réduction graduelle suivant les principes exposés dans nos ouvrages.

Sa mère nous prévint qu'il était impossible de le croire ; et nous reconnûmes par la suite qu'il attachait un grand prix à cette réputation singulière ; son corps était couvert de plaies dues en partie aux abcès, et ayant toute l'apparence du *rupia*. Il avait eu la syphilis, ce qu'attestaient d'autres

symptômes parmi lesquels la destruction du septum nasal.

Il refusa de se soumettre au traitement antisyphilitique, qui devait améliorer les plaies et guérir les abcès, afin de continuer à avoir un prétexte pour prendre de la morphine.

En quelques jours, la cocaïne fut supprimée et la morphine réduite de 0,35 centigr. à 0,01 centigr. ; il engraissa même un peu (l'amaigrissement était extrême).

A ce moment, malheureusement, notre assistant se laissa persuader de lui donner une petite dose d'héroïne ; quelques jours suffirent pour le faire monter à 0,50 centigr., le rendre absolument intraitable, et développer en lui un état assez violent de semi-manie et d'agitation. Nous supprimâmes l'héroïne sur le champ, en la remplaçant par 0,25 centigr. de morphine et, après quinze jours de résistance, nous recommençâmes les injections rectales, et organisâmes le traitement de la manière la plus rigoureuse. Nous supposions qu'il se faisait soigner volontairement, mais au bout d'une semaine, nous nous aperçûmes qu'il était arrivé à nous tromper tout le temps. Chaque fois qu'on lui donnait sa dose rectale de morphine, il faisait glisser la canule de la seringue, et fixait cette dernière à une aiguille enfoncée d'avance sous la peau de l'abdomen.

Après cette découverte, nous prîmes nos précautions pour l'empêcher de recommencer, et pûmes poursuivre le traitement malgré ses récriminations.

En dix jours la morphine fut supprimée sans qu'il s'en fût aperçu. Il avoua alors qu'il n'avait eu aucune sensation de besoin. Malgré cela, une impulsion irrésistible le poussait à prendre toutes les drogues qui pouvaient se trouver à portée de sa main.

Pendant deux mois, grâce à une surveillance constante, il ne prit aucun autre médicament que du chloral, et, comme c'est toujours le cas, son état physique qui semblait devoir rendre toute guérison impossible, s'améliora littéralement à vue d'œil. Il y eut même des médecins (il en voyait un grand nombre) qui, insuffisamment familiarisés avec les effets de la morphine, s'étonnèrent de ce changement rapide. Malgré cela, quoique au courant de la banqueroute physique et morale qui l'attendait, il n'avait qu'une idée : échapper à la surveillance dont il était l'objet, et se procurer en secret un approvisionnement de ses alcaloïdes. Nous ne sommes pas absolument certain de la façon dont il fut dirigé, car le gardien auquel nous l'avions confié s'enivrait, et quoiqu'il déclarât n'avoir pas abandonné un seul moment ses fonctions, le malade nous revint, moins un râtelier d'or, qu'il avait engagé (on ne

lui avait pas laissé d'argent) et manifestement sous l'influence de la cocaïne et de la morphine. Son approvisionnement se trouva épuisé le lendemain et le malade, qui avait nié énergiquement s'en être procuré, reconnut alors et tenta même d'exagérer la quantité qu'il avait prise, dans l'espoir que des doses décroissantes lui seraient accordées les jours suivants. Nous ne le permîmes pas, et pendant un mois les choses marchèrent facilement ; le retour à la santé se poursuivait à merveille, quand il reparut de nouveau en état de cocaïnisme. Nous ne donnons pas ce cas comme un exemple de la valeur de notre méthode, car tout ce que nous pûmes faire ici fut de priver le malade de morphine sans le faire souffrir ; on pouvait espérer que la suppression forcée s'étant montrée inefficace, un traitement par rééducation de la volonté, avec le consentement du malade, aurait plus de succès.

Mais il fut impossible de le faire consentir ; à la fin, l'on mit à exécution la suppression temporaire, en dépit de sa résistance. Nous pensons qu'ici, il n'y avait qu'une chance de succès : empêcher, par la force, une rechute, pendant un temps aussi long que possible.

Observation 9. — Une dame, âgée de 28 ans, se décida volontairement à se faire

traiter, pour plaire à son ami ; mais lorsque la dose de morphine devint minime, elle manifesta, sans nous avoir une seule fois demandé de l'augmenter, tous les symptômes imaginables de l'hystérie pour nous forcer la main.

Ce furent d'abord des vomissements hystériques et de l'anorexie. Comme nous ne considérions pas cet état comme suffisamment grave pour suspendre le traitement, on demanda en consultation le professeur Raymond, qui se montra du même avis que nous. La réduction ayant donc été continuée comme auparavant, la malade manifesta bientôt l'intention de retourner à la morphine ; elle se plaignait de souffrir horriblement du besoin, et présentait les symptômes d'une agitation hystérique extrême. Heureusement tous les serviteurs reconnaissant qu'il était de leur intérêt d'empêcher leur maîtresse de retomber, faisaient leur possible pour coopérer au traitement ; et les différents médecins dont elle voulut connaître l'avis, déclarèrent, à une exception près, que le traitement devait se poursuivre jusqu'au bout. A cause de cette exception plutôt singulière, nous eûmes une consultation avec le docteur Labadie-Lagrave, qui confirma notre opinion ; désormais n'admettant plus d'obstacles, nous continuâmes la réduction sans miséricorde.

Il n'y avait pas ici, de souffrance réelle ; mais le refus d'un supplément de morphine pour soulager le besoin terrible dont elle se plaignait avait comme effet d'exciter violemment notre malade. Furieuse de ne pouvoir faire ce qui lui plaisait, elle tenta un jour de se noyer dans une vaste baignoire américaine.

Néanmoins, quoique accueilli avec une muette indignation, lorsque ce n'était pas avec des reproches et des larmes, nous nous arrangions toujours à exciter son intérêt ; et dix minutes plus tard elle causait gaiement avec nous de quelque sujet des plus intéressants, tel que toilettes, bijoux, ou courses, souvent même nous parlions de nos autres morphinomanes et des progrès de leur cure ; elle leur portait le plus grand intérêt, et nous recommandait d'user envers eux d' « une extrême fermeté ».

Les plaintes à propos du « besoin » se renouvelaient, d'abord, de temps en temps ; mais elle les oubliait bientôt et deux heures se passaient souvent sans qu'elle y pensât. La réduction se poursuivait dans ces conditions. Nous lui accordions de temps à autre, en supplément, des doses imaginaires, et la morphine disparut bientôt, suivant le programme.

Lorsqu'elle s'aperçut de sa guérison, elle se montra fort reconnaissante, ce qui n'est

pas toujours le cas, comme le prouve l'observation suivante.

Observation 10. — Une dame âgée de 50 ans, mais en paraissant 70, nous fut envoyée par le docteur Bérillon. Elle était couverte d'abcès et elle avait à peu près perdu toutes ses dents ; son urine était légèrement albumineuse, et elle se trouvait dans un tel état de prostration, que le médecin de banlieue qui la soignait ordinairement la croyait près de mourir et considérait son transport à Paris comme fort dangereux. Avant de recevoir nos soins, son médecin ordinaire était parvenu à diminuer jusqu'à un certain point la dose de morphine et elle n'en prenait plus alors que 0,75 ctg.

Il se passa ici la même chose que dans le cas précédent. Lorsque les dernières doses hypodermiques furent atteintes, la malade, qui voulait absolument nous contraindre à des quantités supérieures manifesta les symptômes hystériques les plus variés, et se plaignit d'être en proie au besoin le plus violent. Elle avait commencé par nous prier à genoux de ne pas retarder le début du traitement, lorsque, vu son état un peu inquiétant, il avait été question d'attendre quelques jours. Mais, comme il arrive chez les hystériques, quand l'on atteint la période des injections rectales, pendant laquelle

l'euphorie est moindre, ainsi que le besoin, elle ne quitta la seringue qu'à contre cœur, et voulut non renoncer à tout traitement, mais régler la réduction elle-même, avec nous pour contresigner. Des médecins, par *douzaines*, l'avaient déjà soignée, quelques-uns d'entre eux de la plus haute compétence ; ils avaient tous été contraints soit de la laisser faire, soit de l'abandonner, dès qu'elle se mit sérieusement à les harceler : et elle ne voulait pas se laisser contraindre par nous plus longtemps qu'il ne lui convenait.

Soutenu néanmoins par son mari, nous parvenions à ne lui faire prendre que ce qui avait été convenu tout en la laissant persuadée qu'elle ne faisait que ses volontés. Elle ne prenait plus de morphine depuis trois semaines, qu'elle ne se doutait pas encore qu'elle était si près du but.

Ici se montra toute entière l'étrange perversité de l'âme hystérique. En effet, fatigué à la fin de la scène qu'elle renouvelait chaque nuit pour se faire autoriser à prendre la dose de morphine supplémentaire et imaginaire, nous l'informâmes un soir qu'elle n'en prenait plus depuis trois semaines, et que nous ne voulions pas continuer cette fumisterie plus longtemps. Au lieu d'être enchantée elle se mit dans une colère folle, et ayant recouvré la santé, elle

persuada à son mari de la reprendre chez lui. Quelques jours après, elle se remorphinisait largement : elle nous fit alors demander de nouveau ; mais nous refusâmes de la traiter autre part que là où nous l'avions déjà placée, et six semaines plus tard, on la trouva morte dans son lit, d'une dose exagérée de chloral.

Ce cas présente plusieurs points particulièrement intéressants.

Le premier est que, malgré ses affirmations de besoin lorsqu'elle savait combien on lui donnait de morphine, il suffit de le lui cacher, pour qu'elle guérît suivant notre plan, sans souffrances.

Le second, que dans la morphinomanie, on peut toujours espérer la guérison, quelque mauvais que soit l'état physique, si l'on parvient à faire abandonner la morphine. Cet exemple montre aussi combien est vain l'espoir d'avoir guéri pour toujours un malade contre sa volonté.

CHAPITRE XIV

Le traitement qui a été décrit jusqu'ici est amplement suffisant, avec un sevrage convenablement conduit, dans le cas d'une personne d'ailleurs physiquement et moralement bien portante. Il arrivera cependant quelquefois que le malade ne pourra employer un ou plusieurs des moyens indiqués, tout en étant désireux d'être guéri en un temps aussi court que possible, sans cependant en souffrir.

Il y a des malades qui ne peuvent pas supporter le bain d'air chaud ; nous en avons connu d'autres qui ne toléraient pas la plus petite dose de spartéine ou de digitale. Nous avons soigné une dame qui ne pouvait prendre la plus légère quantité de bicarbonate de soude sans ressentir des douleurs du côté de la vessie.

Il ne sera donc pas inutile d'indiquer ici quelques autres moyens qui permettront

sans doute de soulager ces cas exceptionnels.

Nous avons déjà fortement insisté sur la valeur du *bain d'air chaud* dans le cours de ce volume, et nous avons, dans un des chapitres précédents, reproduit plusieurs passages de nos différents articles ou opuscules pour montrer avec quelle persistance nous l'avions recommandé parmi nos moyens de traitement. Nous n'avons cependant pas parlé jusqu'ici d'un très important article consacré tout entier à la thérapeutique de la transpiration qui parut en plusieurs fois dans la *Revue de clinique thérapeutique* de 1889 et dans lequel nous avons réuni tout ce qui pouvait, par analogie, montrer que le bain d'air chaud était éminemment approprié au traitement de la morphinomanie.

L'on a vu que pendant la réduction de la morphine et aussi après la suppression, il y a un certain état de dépression nerveuse et d'irritabilité lorsque le malade n'a pas sagement observé toutes les précautions ordinaires. Des malaises qui autrement seraient à peine sensibles, deviennent violents et insupportables. Cet état survient surtout lorsque l'on s'est permis un régime immodéré, en un moment où tout indique la nécessité absolue d'être sobre.

La sobriété est certainement ici le meilleur remède ; mais tous les moyens de traitement sont utiles qui permettent d'atté-

nuer les conséquences d'une table trop bien servie, surtout s'ils combinent dans leur action les propriétés toniques et soporifiques qui semblent, au premier abord, incompatibles. Le bain turc est tout cela : c'est à la fois un tonique d'action admirable et immédiate, un merveilleux sédatif et le seul moyen de neutraliser rapidement les funestes effets de l'intempérance.

Il ne sera pas inutile de donner ici, à ce sujet, l'opinion de quelques médecins éminents.

Sir Benjamin Brodie et sir Erasmus Wilson recommandent tous les deux le bain d'air chaud contre l'indigestion, et le professeur Sidney Ringer attire tout spécialement l'attention sur son emploi contre les conséquences désagréables des trop bons repas. Pour le Dr Le Gay Brereton, c'est à la fois le meilleur des toniques et des sédatifs. On entre au bain fatigué, épuisé, on en sort frais et dispos ; on était en proie à l'agitation, à l'insomnie, le bain devient le soporifique par excellence.

Parmi toutes ses autres qualités, il a encore celle de relever le moral et de « donner du cœur ».

On verra, par analogie, combien l'emploi du bain s'impose dans le traitement de la morphinomanie, où les symptômes ont si

fréquemment pour cause l'indigestion, l'épuisement, l'agitation et l'énervement.

Les mêmes autorités nous fournissent une réponse à chacune des objections que l'on pourrait nous faire contre l'emploi du bain dans certains cas particuliers.

On dit souvent que le bain turc est incompatible avec les maladies du cœur ; mais dans nombre de cas, chez des malades intelligents, nous n'avons pas hésité tout au moins à l'essayer.

Sir John Fife déclare que les cardiaques en retirent souvent un bénéfice inespéré, et que le bain d'air a, vis-à-vis du cœur, des inconvenients beaucoup moins graves que le bain d'eau chaude.

On objecte aussi quelquefois le danger d'une congestion cérébrale. Le Dr Sheppard, auteur d'une intéressante brochure sur ce sujet, dit que des gens sanguins et vigoureux lui ont souvent exprimé leurs craintes d'un coup de sang, mais il affirme qu'il n'y a aucune raison de craindre un pareil danger. Nous irons même plus loin. Lorsque le bain est donné et pris convenablement, il y a, durant le séjour dans la chambre d'air chaud, un rappel, une illusion presque, de l'effet hypérémique que donne la morphine, ce qui est dû, non à un excès de pression sanguine dans l'encephale, mais à la transmission de la sensation de chaleur. Au con-

traire, la turgescence de la peau diminue la pression sanguine profonde, et, lorsque survient la transpiration, l'abaissement de la tension est encore plus marqué. Le bain turc est donc, non un congestif, mais un décongestif.

On croit encore assez communément, mais à tort, qu'une transpiration artificielle comme celle-ci est une cause d'affaiblissement. Le Dr Carpenter, l'éminent physiologiste, affirme que l'on ne constate aucune diminution de forces chez un sujet qui, soumis à une très haute température, ne fait aucun mouvement. Il y a, au contraire, accroissement de forces. Le Dr Ringer reconnaît que le bain d'air chaud est un véritable tonique, qu'il est un des meilleurs moyens d'augmenter la destruction et la reconstitution consécutive des tissus, cette dernière étant toujours en excès.

Ce qui précède est un *résumé* de la seconde partie de l'article que nous avions écrit en 1889 ; la première en était consacrée aux recherches concernant l'usage des bains chez les anciens, au moyen âge, et enfin chez les différents peuples à l'époque actuelle.

Nous souhaitons que ces citations montrent clairement combien complètement nous avons apprécié la valeur de ce moyen, dès que nous avons commencé à l'employer.

En réalité, nous avons étudié ce point avec le plus grand soin, et la seule chose en rapport avec la transpiration forcée des morphinomanes dont nous n'ayons pas parlé, est le fait de leur association avec l'élimination de l'oxy-di-morphine.

Marmé de Gottingen voit dans l'oxy-di-morphine la cause même du besoin ; il en signale la présence dans les sueurs des morphinomanes, sans cependant recommander, à notre connaissance, l'emploi du bain chaud comme moyen de traitement.

D'autre part, tout en indiquant constamment la valeur du bain, nous n'avons pas voulu nous engager sur la question même de l'oxy-di-morphine. Le fait de sa présence dans la transpiration forcée, ne prouve pas que l'oxy-di-morphine circulant dans le sang et causant le besoin puisse être éliminée par la même transpiration ; il est même possible que ce soit l'élimination de l'oxy-di-morphine qui détermine la sueur. Sans doute, l'action du bain d'air chaud est complexe ; mais nous avons toujours considéré son effet toni-sédatif comme le plus important de ses résultats.

En résumé, l'article auquel nous nous référons n'est pas seulement historique et critique, mais il contient aussi une mention particulière de l'emploi du bain turc dans la morphinomanie. Nous y racontons le cas d'un

malade qui allait tous les jours dans un établissement de bains de cette sorte, où il passait toutes ses matinées ; nous y insistons aussi sur le fait de la disparition complète du besoin le plus violent pendant le bain, besoin qui reparaissait ensuite très atténué, et que d'autres moyens suffisaient alors à soulager. Ce n'était pas un cas isolé, mais notre pratique habituelle à cette époque (1889), comme le prouve la remarque qui suit cette observation :

« D'autres malades avaient été traités par nous de la même façon ; mais quelques-uns cherchèrent à nous tromper ; d'autres essayèrent peut-être honnêtement les effets du bain ; mais nous n'étions pas suffisamment sûr de leur bonne foi pour citer leurs guérisons comme des succès. »

Trinitrine. — Nous employions la trinitrine beaucoup plus autrefois qu'à l'heure actuelle.

Ce ne fut que plus tard que nous apprîmes qu'elle avait toujours été le remède de prédilection des homéopathes contre l'opiomanie.

Nous l'employions non pas tant comme tonique du cœur que comme un des moyens de reproduire, à un moindre degré, la sensation d'euphorie.

C'est un médicament utile contre les sensations de froid ; et, à doses convenables, il

donne lieu à une sensation de chaleur, et à une légère illusion de l'injection hypodermique. Lorsqu'il est pris jusqu'à production de son action physiologique, on peut obtenir une interruption dans la constance du besoin.

Et, en supposant que le malaise apparaisse deux heures par exemple avant le moment prescrit pour l'injection, on peut les diviser en périodes de dix minutes de besoin, avec des intervalles de cinq minutes de bien être, ce qui est plus facile à supporter que deux heures de souffrances continues.

Les tablettes composées de trinitrine de Burroughs et Wellcome sont fort agréables, et plus efficaces encore, si l'on y ajoute une petite quantité de nitrite d'amyle.

Le *nitrite d'amyle* et *l'iso-butyl-nitrite* ont les mêmes propriétés que la trinitrine, mais à un degré plus puissant, plus rapide et plus éphémère. Un de nos malades avait toujours dans sa poche une petite bouteille du précédent, qu'il respirait de temps en temps : c'est à lui qu'il attribuait sa guérison.

De même que la trinitrine, ces médicaments ne sont pas tolérés par tout le monde ; aussi doit-on en user avec précaution, lorsqu'il y a des troubles organiques ou nerveux dans la région du cœur ; de même que dans l'angine de poitrine, une petite dose peut

être bonne, mais une plus grande aggrave souvent le mal.

Le *bromure de sodium* est surtout conseillé par le docteur J. B. Mattison, et lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

On commence avec une dose de soixante centigrammes (dix grains) deux fois par jour à dix heures du matin et dix heures du soir.

On augmente la dose tous les jours de soixante centigrammes pour atteindre un maximum de cinq à dix grammes (70 à 100 grains) deux fois par jour, dose qui n'est jamais dépassée.

C'est ce qu'il appelle la « sédation préliminaire ».

Les doses de morphine prises par la bouche sont diminuées progressivement, et on cesse de donner la morphine et le bromure en même temps.

La codéine et le trional complètent le trépied thérapeutique de M. Mattison.

L'extrait fluide de *Coca* est une préparation de grande valeur pour combattre l'insomnie, et les malades peuvent généralement le prendre par cuillerées à café fréquemment répétées. L'habitude de la morphine crée une tolérance pour la coca et pour la cocaïne, mais ceux qui les soignent devront savoir que ce n'est pas la même chose pour eux.

En juin 1888, nous prescrivions l'extrait

fluide par doses d'une demi-cuillerée à thé, à une jeune dame atteinte de prostration nerveuse.

La première dose fut bientôt suivie des symptômes d'empoisonnement : vertiges, prostration, pouls petit et rapide, douleur à l'épigastre, impossibilité d'être autrement que couché. Tout cela trois jours avant la guérison complète. En juillet 1899, une jeune dame qui soignait son cousin morphinomane, en arrivant chez elle très fatiguée et très nerveuse, prit une quantité d'extrait de coca égale à une des doses que prenait son cousin plusieurs fois par jour, ce qui faisait environ 10 grammes.

Elle fut peu après prise de vomissements, accompagnés de prostration et lorsque nous la vîmes au bout d'une heure, la respiration était excessivement suspirieuse, le pouls à 140, la peau froide et visqueuse ; la malade croyait qu'elle allait mourir, et se plaignait particulièrement de la tête et du cœur. La façon dont les oreillers et les traversins étaient jetés de côté, la tête cachée dans les couvertures, était caractéristique de l'empoisonnement par la cocaïne, comme l'était aussi la position du corps, une sorte d'extension latérale, la malade s'appuyant sur le ventre autant que le permettait la flexion des membres.

Un fait intéressant, qui n'a pas encore été

signalé, est que la tolérance acquise pour la cocaïne peut être perdue. Un de nos malades qui autrefois prenait 1 gramme de cocaïne par jour, ainsi que beaucoup de morphine, ne peut à présent prendre un seul milligramme de cocaïne, ou même quelques gouttes d'extrait de coca, sans être pris d'une prostration qui dure plusieurs jours. Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre une croisade contre la coca : mais nous croyons utile de mettre en garde contre son abus comme stimulant cérébral ou mental, et nous sommes persuadé que l'avenir nous donnera raison. Les différents vins et élixirs à la coca jouissent à l'heure actuelle d'une vogue immense.

Lorsque l'on supposait que le marcheur Weston se soutenait en mâchant des feuilles de coca, les principaux physiologistes anglais arrivèrent à conclure que la croyance aux propriétés de celle-ci était une illusion. L'expérience montre que les légendes qui représentent les Indiens de l'Amérique du Sud accomplissant des exploits d'endurance grâce à elle, sont tout simplement des faits historiques. Mais la coca n'est pas sans danger, et il nous est déjà arrivé d'assister à des effondrements des nerfs et du cerveau qui ne pouvaient avoir d'autre cause.

Nous sommes convaincu que le danger réside surtout dans l'emploi du vin de coca :

car l'effet anémiant de la coca sur le cerveau permet aux personnes qui n'ont jamais pu boire du vin, à cause de son action congestionnante, d'absorber celui-ci sans en paraître incommodées. Au bout d'une demi-heure cependant, la coca produit par réaction une hyperémie ou peut-être une stase cérébrale, qui s'ajoute alors à l'hyperémie due à l'alcool. Le vin de coca est par conséquent dangereux pour les congestifs.

De plus les extraits faits sur place possèdent des propriétés qui leur sont particulières, des recherches récentes semblent démontrer qu'il existe dans les feuilles fraîchement récoltées un principe qu'on ne retrouve plus dans le produit importé. C'est pour cela que nous nous servons d'un extrait spécial préparé sur les lieux mêmes avec des feuilles nouvelles.

Cannabis indica. — Nous n'avons pas grande expérience de ce médicament, et les renseignements sur sa valeur sont quelque peu contradictoires. Le docteur Mattison conseille des doses d'une cuillerée à café d'extrait fluide, données une par une et répétées souvent. Dans une de nos conversations, il nous assura qu'il ne présentait aucun danger et que son pouvoir toxique était faible. Dans sa pratique, il donne de fortes doses de bromure pendant quelques jours, puis retranche la morphine rapide-

ment, donnant alors le cannabis indica comme hypnotique. Il ajoute que les petites doses sont excitantes, et qu'alors leur action est plus nuisible qu'utile. Malgré les assertions du docteur Mattison, nous n'avons jamais osé donner de très fortes doses : mais d'autre part, d'après ce qu'il nous a dit nous n'avons pas jugé utile d'essayer les petites.

Un médecin indien a envoyé à la *Lancet* un court article dans lequel il constatait que de petites doses d'extrait, 0,05 ou 0,10 cent. en pilules, avaient guéri deux cas d'opiomanie qu'il avait été appelé à soigner : mais quoiqu'il ajoutât que les malades ne savaient pas ce qu'ils prenaient, un succès de cette espèce est si contraire à toute expérience que nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'il y a là quelque supercherie. de la part du malade, bien entendu. Quoique les morphinomanes, comme des malades ordinaires, soient tout à fait libres d'arrêter le traitement lorsqu'il commence à devenir fatigant, nous en avons rarement connu d'assez francs pour nous dire qu'ils préféraient abandonner la tentative commencée. Mais il est au contraire très fréquent d'entendre ces malades déclarer qu'ils se portent admirablement bien, avec ou sans l'aide de médicaments, et après un temps très court. se prétendre guéris, quoiqu'ils n'aient pas cessé un instant de prendre de la morphine.

On raconte le cas qui fit le tour de la presse médicale, d'une morphinomane qu'un médecin allemand guérit avec quelques doses de teinture de castoreum. Il est probable que les cas du médecin indien rentrent dans la même catégorie.

L'*Atropine* garde, chez les morphinomanes, ses propriétés habituelles, vis-à-vis de la transpiration.

Un demi-milligramme deux fois par jour, par la bouche, est suffisant.

Depuis l'introduction des tablettes hypodermiques, quelques habitués, et plus particulièrement des Américains, se sont accoutumés à employer une combinaison de morphine et d'atropine.

Chez plusieurs de nos malades, le cœur présentait, après la cure, des battements assez faibles.

Dans un cas d'empoisonnement par l'atropine, il y eut plus de 3 milligrammes pris hypodermiquement par un morphinomane ; la peau tout entière devint extrêmement sèche, et rouge comme un homard bouilli en l'espace de cinq minutes. Il y voyait si peu qu'il pouvait à peine distinguer la lumière de l'obscurité ; la gorge était sèche et contractée, le cœur rapide et incohérent. Deux centigr. de pilocarpine amenèrent un rétablissement complet ; la peau se mouilla, la gorge perdit sa sècheresse, et le cœur se re-

mit à battre régulièrement ; mais la vision ne redevint normale que quelques jours plus tard.

Nous avons eu depuis un autre malade qui, empoisonné par une dose cinq fois plus forte, se rétablit cependant. Le pharmacien avait pris les centigrammes pour des milligrammes, et 2 centigrammes d'atropine avaient été injectés.

Codéine. — Quelques spécialistes, et plus particulièrement les docteurs Guimbail et Mattison, emploient la codéine à la fin de la réduction, comme substitut temporaire ee la morphine, qui vient d'être abandonnée. Le dernier déclare que « *la codéine ne donne pas naissance à l'euphorie, et par conséquent pas à la sensation de besoin ; de plus, les doses n'ont pas besoin d'en être augmentées.* »

Un médecin américain nous écrit qu'il en est chaud partisan. Nous ne pouvons le nommer, on le comprendra d'après ce qui suit.

« Vous vous rappelez sans doute, dit-il, combien dans mon mémoire je cherche à démontrer ce fait que le malade arrive à une guérison *spontanée*, *complète* et *permanente* par l'emploi de la codéine, lorsque toutes les autres méthodes ont échoué. C'est la route naturelle que choisissent les volontés énergiques pour se libérer elles-mêmes,

aussi suis-je disposé à croire que c'est elle qui représente le moindre effort.

« Lorsque vous saurez que le mémoire tout entier est une autobiographie, vous m'excuserez de me montrer obstiné et dogmatique en ce qui concerne la méthode dont je me suis fait l'avocat. Ayant porté les deux souliers, je sais quel est celui qui blesse le moins. Finalement, puisque les symptômes de privation de codéine sont les mêmes (moins violents cependant et de durée plus courte) que ceux de l'abstinence morphinique, l'on peut donc dire que tous les moyens qui ont trouvé leur emploi dans le traitement du morphinisme pourront s'appliquer avec un bénéfice au moins égal quand il s'agit de codéine. »

Notre expérience personnelle est absolument contraire à cette opinion. Nous soignons en ce moment un journaliste américain qui déclare que la codéine lui procure la même euphorie que la morphine, et que le besoin en est tout aussi désagréable. Il nous a enfin assuré que lors de sa cure dans un établissement spécial d'Amérique, il y avait comme pensionnaire une jeune femme qui avait augmenté sa dose jusqu'à 1 gr. 50.

Pendant l'année 1896, nous l'employâmes beaucoup chez nos malades, et nous ne pourrions dire vraiment que cela leur ait fait beaucoup de bien.

Un général anglais que nous traitions à cette époque nous écrivait : « Le dernier temps de l'affaire est plus douloureux que le premier. Je prétends qu'il est plus facile d'abandonner la seringue et les injections rectales avec la morphine qu'avec la codéine. »

Un notaire français, dont le cas se trouve dans l'un des chapitres précédents, et qui est remarquable en ce que c'est peut-être le premier dans lequel le succès final soit dû à l'emploi du bain turc, nous a fait un récit des effets qu'il éprouva de la codéine. Nous ferons remarquer qu'il était venu à Paris en premier lieu dans un état si désespéré qu'il ne pensait pas vivre longtemps. Il était parti guéri complètement. Sa rechute est une autre preuve de la justesse de nos vues en ce qui concerne « l'après besoin » et le danger de trop bien vivre.

Sa femme lui servait de secrétaire. Elle commença par nous apprendre qu'après qu'il eût quitté Saint-Jean-de-Dieu, « son moral était complètement transformé, son caractère devenu gai, quelquefois même de façon exagérée, et son esprit d'une lucidité extraordinaire, mais il éprouvait une assez grande difficulté à dormir, de l'impatience physique et morale, et de l'agitation. Il avait un grand appétit, et était fort amateur de bonne chère. »

Après avoir lu ceci, nous le priâmes d'être tempérant et d'employer les autres moyens

que nous lui avions recommandés ; par exemple d'essayer la galvanisation cérébrale qui nous avait déjà donné de bons résultats en d'autres occasions contre l'insomnie. Mais ces conseils ne furent pas suivis ; et quelque temps après, il se mit à prendre du chloral. Quand il en eut pris pendant quatre mois, il se décida à venir à Paris nous voir, et dans sa lettre il nous envoya la copie de nos prescriptions, dans lesquelles nous lui recommandions chaudement la galvanisation cérébrale et le bain d'air chaud ; et il ajoute courageusement : « Je n'ai rien fait de ce que vous m'aviez ordonné. » Il préférait continuer à prendre du chloral à doses « énormes » et recommença à sacrifier à la morphine, quoique non hypodermiquement.

« C'est à cette époque qu'il eut une crise de coliques hépatiques durant laquelle il retourna, durant six semaines à la morphine par la voie cutanée. »

L'on nous appela de nouveau, et, comme il ne pouvait venir à Paris, nous proposâmes la codéine comme substituant.

Son observation et ses appréciations ont été rédigées par sa femme : « Les injections de morphine, écrit-elle, furent remplacées par les injections de codéine et celles-ci par la codéine prise par la bouche ou le rectum.

« C'est en avril ou en mai que je m'aperçus pour la première fois des effets de la codéine : j'en ai pris à cette époque pendant sept à huit mois ; mon caractère devint sombre, morose et violent. J'avais, par moments, des pertes de mémoire presque absolues, de grandes difficultés à suivre mes idées, à trouver les mots pour m'exprimer, et même des difficultés physiques pour écrire, en ce qui concerne du moins, la formation des lettres, de même une incapacité singulière à prendre une décision, ou simplement à exécuter ce que j'avais décidé. Des idées noires.

« En résumé la codéine a produit principalement des effets moraux, car les effets d'agitation et d'impatience qui rendaient tout travail ou toute occupation impossibles, existaient antérieurement, quoiqu'il soit probable qu'ils aient augmenté. Je prends actuellement 0,30 centigr de codéine par jour, en deux doses. »

Sa femme ajoute en post-criptum : « Pouvez-vous le délivrer de cette horrible codéine ? »

Nous fûmes obligés à cette époque de quitter Paris, et notre absence se prolongea durant une année. Nous lui conseillâmes, s'il ne pouvait se débarrasser autrement, de se soumettre au sevrage forcé, nous n'entendîmes plus parler de lui.

Dionine. — Nous avons, il y a quelque temps, essayé l'héroïne qui nous a donné des résultats si peu satisfaisants que nous avons cru devoir en condamner l'emploi ainsi que celui des autres dérivés synthétiques de la morphine.

Or, depuis dix mois environ nous nous servons de la dionine qui nous semble appelée à rendre les plus grands services. Cependant chez un malade, médecin, l'effet en a été plutôt fâcheux et il a dû y renoncer.

Mais dans la plupart des cas si la dionine est réservée pour la fin du sevrage, la suppression des derniers centigrammes de morphine sera grandement facilitée. Il est à peu près certain que la Dionine est destinée à remplacer bientôt tous les succédanés de la morphine.

La *méco-narcéine* est fort utile lorsque l'on veut arriver à la suppression le plus discrètement possible. On peut la donner pour combattre la sensation du besoin qui suit la dernière dose de morphine ; on pourra alors la continuer, en quantités décroissantes, pendant quelques jours.

L'*hydrate d'amylène* peut quelquefois se montrer utile, mais nous n'avons pas trouvé en lui un hypnotique digne de confiance. On le donnerait sous forme de cachets, fabriqués par Martindale.

Le *sulfonal* est un nouveau venu parmi

les hypnotiques. Il est fort peu soluble, par conséquent difficile à administrer en potion, à moins d'y joindre de la gomme acacia ou adragante. La dose en est de 1 ou 2 grammes, le médicament agit souvent dans la nuit qui suit son ingestion .

Nous l'employions autrefois fréquemment : mais nous le remplaçons aujourd'hui par la Dionine. Après quelques doses, il ne parvient plus à faire dormir les morphinomanes. Il peut cependant exceptionnellement, se montrer très utile, comme l'ont prouvé surabondamment deux exemples observés il y a une dizaine d'années.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une malade qui,soignée par son mari,n'avait fait aucun progrès sous sa direction,ce qui tenait surtout à un malaise cardiaque assez intense, dû entièrement aux injections de spartéine. Nous remplaçâmes celle-ci par la digitale, en insistant pour avoir la direction complète et absolue du traitement.

En quinze jeurs la morphine passa de 0.30 à 0,08 centigr., sans qu'il y ait eu un seul malaise digne d'être noté ; grâce au sulfonal. la malade pouvait dormir dix à douze heures chaque nuit. A ce moment, le mari s'imagina avoir surpris tous nos petits secrets, et se laissa persuader par sa femme de continuer seul le traitement. Le résultat fut ce que nous avions prévu : une rechute immédiate.

le principal secret du succès, ici, etant la séparation des deux époux.

Le second cas est celui d'une dame qui nous fut envoyée par feu le Dr Gibert, du Havre. Elle prenait du sulfonal depuis quelques semaines, et, grâce à lui avait pu réduire seule de 0,60 centigr. à 0,10 centigr. la dose de morphine, et c'était pour continuer à suivre la bonne route qu'elle s'était décidée à consulter.

Dans un troisième cas, celui d'une Américaine qui nous fut adressée par un médecin de San-Francisco, le sulfonal se montra pendant quelque temps d'une efficacité telle que la malade déclarait obtenir de lui plus de bien-être que de la morphine. Cet effet, du reste, ne dura pas longtemps.

Trional. — Avant la découverte de la Dionine il n'existait pas de meilleur hypnotique que le Trional. Mais, de même que les autres, il faut s'en passer si possible.

Hyoscine. — Dans un cas, ce médicament donna douze heures de sommeil, à la dose de un demi à un milligramme, par le rectum ; mais, dans d'autres cas, il n'amena aucun résultat appréciable. Son emploi est extrêmement dangereux.

Valérianate d'ammoniaque. — C'est un sédatif que recommande de Quincey. Il fait partie de la foule de petits moyens que nous avons presque toujours employés et dont la

réunion contribue largement à l'amélioration de l'état du malade. Nous l'avons toujours donné sous forme de valérianate de Pierlot.

A côté de tous ces remèdes thérapeutiques, existent encore un grand nombre d'agents et de moyens physiques qui peuvent rendre de grands services.

Il n'y a pas de meilleurs moyens pour arrêter la diarrhée que les *lavements d'eau chaude.*

Un *sinapisme* à la région du cœur soulage l'énervement de cet organe: posé sur la nuque, il calme l'agitation et lutte contre l'insomnie.

L'emploi du *hamac* permet à la fois le repos et le mouvement, d'où son utilité dans cet état d'agitation et de prostration qui rend également difficiles le repos et le mouvement.

Le *rocking chair* remplit les mêmes indications. Le malade éprouve des crispations, ce que les Français appellent des *inquiétudes* (sensation dont il est très difficile de donner une définition), principalement dans les avant-bras et dans la région tibiale.

Des sensations semblables, quoique moins intenses, se montrent quelquefois dans d'autres états, tels que la goutte, la neurasthénie, et souvent empêchent le sommeil, mais des frictions suffisent à les calmer, et

elles disparaissent après quelque temps. Les crispations de la morphinomanie sont caractérisées par ce fait qu'elles peuvent être masquées par un traitement approprié et reparaissent avec une nouvelle intensité dès que l'on suspend l'application de ce dernier, auquel cas elles ne peuvent plus être arrêtées que par une dose de morphine. Les morphinomanes comprendront la description de cette agitation comme une espèce d'angoisse organique, *anxietas tibiarum*, un spasme nerveux causé par l'attente physique d'une délivrance impatiemment attendue et constamment différée.

Lorsque le traitement est conduit avec une trop grande rapidité, ce malaise devient aussi cérébral. Il y a alors une prostration extrême, et le malade se voit contraint à se coucher ou s'étendre ; mais le repos est impossible et le malade cherche en vain de siège en siège, tant pour sa tête que pour son corps, un repos qui le fuit.

Au contraire, avec une réduction modérée, le degré d'insomnie reste supportable, mais si la suppression survient trop rapidement, elle peut être fort douloureuse si l'on ne l'entoure pas d'adoucissants.

La *galvanisation cérébrale* est quelquefois fort utile dans le traitement de l'insomnie post-morphinique. Nous croyons que cela est dû à l'effet hyperémiant des courants

ascendants, car nous avons toujours trouvé que la direction qui cause un appel de sang au cerveau, imitant ainsi l'action de la morphine, soulage plus que le courant contraire : et c'est probablement en partie par ce mécanisme qu'il agit pendant le besoin modéré. Mais pour l'insomnie, l'effet persiste après la cessation du courant et après que l'hyperémie temporaire s'est dissipée ; nous inclinons à croire que l'irritabilité de la cellule cérébrale, qui est proportionnelle à sa faiblesse, a été calmée par un rétablissement partiel du tonus nerveux.

Car rien n'est plus certain — nos observations le prouvent — que le soulagement que procurent à nos malades ces moyens convenablement employés. Nous savons qu'une douche ordinaire qui dure quelques secondes a un effet tonique qui dure plusieurs heures ; et que sa répétition journalière est un puissant remède contre la faiblesse nerveuse.

Un courant galvanique amène durant son passage un profond sentiment de bien-être, et pratiquement rend leur énergie aux cellules cérébrales ; il est fort probable que l'effet sédatif qui en résulte est la conséquence du rétablissement des forces. Pour s'attendre, du reste, à un pareil résultat, il faut savoir ce que l'on peut faire par la galvanisation cérébrale dans des cas appropriés de trou-

bles fonctionnels, indépendants de la morphine.

L'électricité, dans ses modes les plus récents est employée par la plupart des spécialistes dans les cas auxquels nous faisons allusion ; mais nous sommes sûr que le résultat obtenu est souvent une simple suggestion, et dû surtout à l'apparence imposante de l'appareil.

Grâce à l'emploi des courants à haute fréquence, alternatifs et sinusoïdaux, aussi bien que de l'électricité statique, on peut améliorer la nutrition générale, et le cerveau sans aucun doute participe aux résultats ainsi obtenus ; mais ces courants ne permettent pas d'agir directement sur les cellules cérébrales. Avec la galvanisation, l'action du courant peut être parfaitement fixée à point.

Le passage du courant produit des effets toniques sur les cellules nerveuses ainsi que des modifications de la circulation causant, suivant le cas, hyperémie ou anémie.

Ce n'est pas seulement une jolie théorie, c'est encore un beau résultat, que de procurer une provision de sang rouge et fortifiant à un cerveau qui souffre de l'anémie ou de l'ischémie.

Dans le cas d'anémie cérébrale, le malade éprouve une vague sensation de malaise, assez semblable à celle qui est causée par la suppression de la morphine, de la somnolence et de l'incapacité de penser.

Mais au moment où passe à travers la tête, un courant d'intensité et de direction convenables, il se produit une sensation agréable de retour au bien-être, et le visage retrouve son animation habituelle.

Le renversement du courant a pour effet, non seulement de changer ceci en une violente sensation de malaise et quelquefois en vertiges, mais peut même quelquefois déterminer une syncope.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).